

Załącznik do uchwały nr 3579/109/IV/2011
Zarządu Województwa Śląskiego
z dnia 22.12.2011 roku



ŚLĄSKI PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA LATA 2011-2015

(PROJEKT)

Katowice, listopad 2011

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

SPIS TREŚCI

	Strona
Wprowadzenie.....	6
Rozdział I Podstawy prawne ochrony zdrowia psychicznego.....	7
1. Ochrona zdrowia psychicznego.....	8
1.1 Informacje ogólne.....	8
2. Zdrowie psychiczne w dokumentach międzynarodowych.....	13
3. Podstawy prawne ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.....	17
Rozdział II Zasoby opieki psychiatrycznej i sytuacja epidemiologiczna w województwie śląskim.....	20
1. Sytuacja w ochronie zdrowia psychicznego.....	21
1.1 Sytuacja w ochronie zdrowia psychicznego i problemy zdrowotności w kraju.....	21
1.2 Sytuacja w ochronie zdrowia psychicznego i problemy zdrowotności województwa śląskiego na tle kraju.....	28
2. Zasoby opieki psychiatrycznej w województwie śląskim.....	35
2.1 Lecznictwo stacjonarne.....	35
2.1.1 Zasoby psychiatrycznej opieki stacjonarnej w województwie śląskim.....	35
2.1.2 Kadra medyczna i pozostały personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego.....	56
2.2 Lecznictwo ambulatoryjne.....	59
2.2.1 Zasoby psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie śląskim.....	59
2.2.2 Kadra medyczna i pozostały personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego.....	66
2.3 Opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim.....	68
2.3.1 Zakłady i oddziały dzienne opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim.....	68
2.3.2 Lecznictwo psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim.....	74
2.3.3 Kadra medyczna i pozostały personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim.....	76
3. Sytuacja epidemiologiczna w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej w województwie śląskim.....	78

3.1	Psychiatryczna opieka stacjonarna.....	78
3.2	Psychiatryczna opieka ambulatoryjna.....	82
3.2.1	Zaburzenia psychiczne (bez uzależnień).....	86
3.2.2	Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych.....	94
3.2.3	Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu.....	100
3.3	Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży.....	105
3.3.1	Hospitalizacja dzieci i młodzieży.....	105
3.3.2	Lecznictwo ambulatoryjne dzieci i młodzieży.....	106
4.	Instytucje pomocy i integracji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.....	109
4.1	Jednostki organizacyjne pomocy społecznej.....	111
4.1.1	Środowiskowy Dom Samopomocy.....	111
4.1.2	Dom Pomocy Społecznej.....	112
4.1.3	Mieszkanie Chronione.....	112
4.1.4	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.....	113
4.1.5	Rodzinny Dom Pomocy Społecznej.....	113
4.1.6	Ośrodek Interwencji Kryzysowej.....	114
4.1.7	Hostel przy ośrodku interwencji kryzysowej.....	115
4.1.8	Ośrodek Pomocy Społecznej.....	115
4.2	Instytucje Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej.....	116
4.2.1	Centrum Integracji Społecznej.....	116
4.2.2	Klub Integracji Społecznej.....	117
4.2.3	Zakład Aktywności Zawodowej.....	118
4.2.4	Zakład Pracy Chronionej.....	119
4.2.5	Warsztat Terapii Zajęciowej.....	120
Rozdział III Priorytety, cele główne i szczegółowe oraz kierunki działań Programu na lata 2011-2015.....		122
1.	Priorytety rozwoju opieki psychiatrycznej w województwie śląskim.....	123
2.	Cele główne Programu.....	130
2.1	Cel główny I Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.....	136
2.2	Cel główny II Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.....	140

2.3	Cel główny III Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego.....	146
2.4	Cel główny IV Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, w celu propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacji na terenie województwa, europejskich standardów opieki psychiatrycznej.....	148
3.	Cele szczegółowe.....	151
4.	Kierunki działań.....	151
Rozdział IV Wdrażanie Programu.....		165
1.	Zarządzanie Programem.....	166
2.	Monitoring Programu.....	166
3.	Wskaźniki realizacji Programu.....	167
4.	Ewaluacja (ocena) Programu.....	178
5.	Finansowanie Programu.....	178
5.1	Źródła środków finansowych.....	178
6.	Promocja Programu.....	188
Podsumowanie.....		189
Źródło informacji.....		191
Załącznik 1 Słownik pojęć i terminów.....		196
Załącznik 2 Wykaz tabel, map i wykresów.....		208
Załącznik 3 Model Centrum Zdrowia Psychicznego.....		214
Załącznik 4 Proponowane rozwiązania organizacyjne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.....		217
Załącznik 5 Formy opieki psychiatrycznej.....		220

Zdrowie chorego najwyższym prawem

(Hipokrates)

Jakość życia w ogromnym stopniu zależy od zdrowia psychicznego. Tempo w jakim żyjemy, mnogość i nagminność bardzo stresujących sytuacji wpływa na poczucie braku bezpieczeństwa, jest przyczyną wzrostu liczby przypadków zaburzeń lękowych i depresji. Problemy ze zdrowiem psychicznym coraz częściej dotyczą ludzi młodych, grupę społeczną najbardziej narażoną na zagrożenia z powodu czynników społecznych, psychicznych i środowiskowych. Profilaktyka i edukacja społeczeństwa od najmłodszych lat oraz wspieranie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest długotrwałą inwestycją w społeczeństwo i cały system zdrowotny państwa. Im wyższa świadomość społeczna dotycząca chorób psychicznych, tym większa możliwość wczesnego wykrycia zaburzeń oraz większa możliwość stworzenia odpowiednich warunków do życia osobom, których ten problem bezpośrednio dotknął. Objęcie opieką psychologiczną i psychiatryczną rodzin, promowanie praw człowieka i ludzkiej godności, wreszcie stworzenie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, który pozwala choremu żyć we własnym środowisku społecznym, w sposób zapewniający jak najwyższą jakość życia, to główne cele polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego.

Wprowadzenie

Celem *Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015* jest podjęcie szeroko zakrojonych działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego ludności regionu śląskiego. Jest to również wyraz znaczenia, jakie organy samorządu województwa śląskiego przykładają do wdrożenia nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej i zapewnienia odpowiedniej dostępności do niej mieszkańcom regionu.

Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 jest realizacją wytycznych określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, które podkreślają znaczenie upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a także głównych założeń zawartych w Raporcie WHO pt. „Zdrowie Psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja” oraz Rezolucji Komitetu Wykonawczego Światowej Organizacji Zdrowia pt. „Umocnienie zdrowia psychicznego”.

Program jest dokumentem wieloletnim, obejmującym zasięgiem obszar województwa śląskiego w jego granicach administracyjnych, zawiera omówienie podstaw prawnych, odnoszących się do problematyki zdrowia psychicznego, przedstawia sytuację epidemiologiczną w województwie śląskim oraz stan zasobów psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej regionu, definiuje cele programowe, okres ich realizacji przypadający na lata 2011–2015, a także określa regionalny model opieki psychiatrycznej. Program jest instrumentem realizacji wojewódzkiej strategii działań w obszarze zdrowia psychicznego. Zadaniem jego jest zapobieganie zagrożeniom życia psychicznego i unowocześnienie leczenia psychiatrycznego województwa śląskiego.

Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 zgodny jest z zapisami regionalnych dokumentów strategicznych: *Strategią Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2020”*, *Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2007-2013*, *Strategią Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020*, *Programem przeciwdziałania narkomanii w województwie śląskim na lata 2011–2016*, *Programem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2011-2015* oraz *Kierunkami Restrukturyzacji Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie na lata 2009-2013*.

Program realizowany będzie w ścisłej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, jednostkami psychiatrycznymi z terenu województwa śląskiego oraz konsultantami wojewódzkimi z dziedziny psychiatrii.

Rozdział I

Podstawy prawne ochrony zdrowia psychicznego



Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015

1. Ochrona zdrowia psychicznego

1.1 Informacje ogólne.

Zgodnie z przepisami *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. Nr 231 z 2011 r., poz. 1375) ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz inne powołane do tego instytucje. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe, grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin oraz inne osoby fizyczne i prawne.

Ochrona zdrowia psychicznego polega w szczególności na:

- promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
- zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego podejmowane są przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych oraz osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego i obejmują w szczególności:

- stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych,
- tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego,
- wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,
- rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez zakłady opieki zdrowotnej,
- wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku,
- podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
- uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu, zwłaszcza w programach radiowych i telewizyjnych.

Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi wykonywana jest w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej. Samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi, w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa, tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Powiat organizuje i zapewnia usługi o odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, tworzonych na zasadach określonych w *ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (tekst jednolity Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.).

Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo organizuje się zajęcia wychowawcze w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i zakładach opieki zdrowotnej, a także w domu rodzinnym. Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, organizują w obszarze swego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia psychicznego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych. Oparcie społeczne polega w szczególności na:

- podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,
- organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
- udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w *ustawie o pomocy społecznej*.

Ustawa o pomocy społecznej stwarza podstawy prawne do powstania nowych form pomocy, takich jak środowiskowe domy samopomocy, oferujące na ogół opiekę dzienną oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze. Ten ogromny potencjał działa dziś najczęściej w sposób słabo skoordynowany z działaniem opieki zdrowotnej. Stan ten wymaga zmian zmierzających do zwiększenia różnorodności form oparcia i pomocy społecznej, udostępnianych osobom z zaburzeniami psychicznymi i spowodowanymi niepełnosprawnością.

Zdrowie psychiczne powinno stać się wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz organów samorządowych, zwłaszcza w zakresie:

- *promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania jego zaburzeniom* – tj. tworzenia możliwości nabywania wiedzy i umiejętności przydatnych w osiąganiu dobrego samopoczucia psychicznego i w przezwyciężaniu nieuniknionych kryzysów życiowych, bez popadania

w bezradność, rezygnację czy nieprzystosowanie (w miejscu nauki lub pracy, w rodzinach, we wspólnotach lokalnych, a także wobec różnych grup wyróżniających się szczególnym ryzykiem powstawania zaburzeń),

- *unowocześnienia opieki psychiatrycznej według modelu środowiskowego* – tzn. żeby była dostępna, równa, sprawna i godna, aby chroniła i umacniała więzi oraz pozycję społeczną cierpiącej osoby, respektowała prawa obywatelskie chorych i zachęcała ich do odpowiedzialności, podtrzymywała nadzieję, udostępniała oparcie lokalnej wspólnoty i uczestnictwo w jej życiu oraz wspomagała rodziny chorych,
- *prowadzenia badań i budowanie systemów informacyjnych* – aby następnym pokoleniom przekazać uporządkowaną wiedzę na temat zdrowia psychicznego, przydatną do proponowania metod jego promocji i ochrony, zapobiegania jego zaburzeniom, skutecznego przywracania zdrowia i zapewnienia odpowiedniej jakości życia.

Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej leczenie psychiatryczne pacjenta przebiega w ramach dwóch następujących po sobie, uzupełniających się wzajemnie procesów – opieki medycznej oraz opieki społecznej.

Zasoby instytucjonalne i społeczne systemu ochrony zdrowia psychicznego

Wyróżniamy *instytucjonalne (medyczne) i społeczne* formy systemu ochrony zdrowia psychicznego. Instytucjonalne formy systemu ochrony zdrowia psychicznego związane są przede wszystkim z działaniami w obszarze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, z kolei aktywność różnego rodzaju stowarzyszeń i organizacji społecznych dotyczy częściej działalności na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym oraz pomocy w społecznym funkcjonowaniu osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zasoby instytucjonalne

Zakłady opieki zdrowotnej są najważniejszym elementem *instytucjonalnego* systemu ochrony zdrowia psychicznego. Zapewniają one osobom z zaburzeniami psychicznymi leczenie i rehabilitację w specjalistycznych placówkach psychiatrycznych i odwykowych. Powszechnym miejscem leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi są poradnie zdrowia psychicznego, bardzo niejednorodne z punktu widzenia podstawowych wymiarów działalności (personelu, czasu pracy, liczby leczonych osób). Poradnie te są dostępne dla osób uzależnionych od alkoholu, substancji psychoaktywnych, działają również jako specjalistyczne ośrodki dla dzieci i młodzieży. Większość sieci poradni zdrowia psychicznego sprawuje opiekę psychiatryczną w sposób słabo zintegrowany z innymi formami opieki psychiatrycznej. Specjalistyczna opieka psychiatryczna wspomagana jest także przez służby psychiatryczne działające w ramach innych resortów niż resort zdrowia (m.in. MSWiA, MON). Opiekę psychiatryczną dla osób pozbawionych wolności zapewnia resort sprawiedliwości, tworząc więzienne służby zdrowia oraz oddziały obserwacji sądowo-

psychiatrycznej. Trzon psychiatrycznego leczenia szpitalnego, tworzą szpitale psychiatryczne, oddziały psychiatryczne i odwykowe, funkcjonujące w strukturze szpitali ogólnych oraz ośrodki dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W wyniku przekształceń organizacyjnych zarówno w obrębie szpitali psychiatrycznych, jak i poza nimi, część bazy łóżkowej przeznaczona jest na cele opiekuńczo-lecznicze. Mimo trwającego od lat procesu zmniejszania się dużych szpitali psychiatrycznych oraz tworzenia wielu nowych oddziałów psychiatrycznych, koncentracja łóżek w szpitalach psychiatrycznych nadal jest nadmierna. Poziom opieki i warunków pobytu w szpitalach psychiatrycznych jest bardzo zróżnicowany, w wielu miejscach nieodpowiadający współcześnie uznawanym standardom, co w poważnym stopniu obniża jakość i skuteczność leczenia oraz utrudnia realne poszanowanie godności i praw leczonych pacjentów. Wielkość wielu szpitali, trudne warunki pobytu, niedostateczne finansowanie, postępująca dekapitalizacja bazy oraz ich oddalenie od miejsca zamieszkania znacznej części leczonych pacjentów, podtrzymują ryzyko powstawania i utrwalania się patologicznych następstw takiej instytucjonalizacji opieki (zanikanie więzi z rodzinami, utrata niezależności życiowej pacjentów, przewaga funkcji nadzorczych nad terapeutycznymi oraz marnotrawienie środków finansowych). Z opieki oddziałów dziennych mogą korzystać przede wszystkim pacjenci w większych miastach, podobnie jak z możliwości leczenia w zespołach leczenia środowiskowego. Działalność psychiatrycznych placówek opieki zdrowotnej, uzupełniana jest świadczeniami podstawowej opieki zdrowotnej, udzielanymi głównie osobom z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi.

Zasoby społeczne

Do zasobów *społecznych* zdrowia psychicznego należą organizacje społeczne, które swoją działalność w dużej mierze skupiają na promocji zdrowia psychicznego, zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz pomocy w społecznym funkcjonowaniu osób z tego typu zaburzeniami. Wraz z transformacją ekonomiczną i społeczną nastąpił ożywiony rozwój organizacji społecznych działających w obszarze zdrowia psychicznego oraz uzależnień. Rozwijają się stowarzyszenia samopomocowe osób chorych psychicznie i ich rodzin, które zrzeszają się w ugrupowania wyznaczające sobie wspólne cele, w działaniu na rzecz podmiotowości osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania praw pacjentów, poprawy jakości ich życia oraz wspierania rodzin. Szczególnie ważnym aspektem działalności wszystkich stowarzyszeń są oddziaływania edukacyjne, służące tworzeniu pozytywnego wizerunku osób chorych psychicznie w społeczeństwie oraz aktywność nastawiona na poprawę realnych warunków życia i pracy osób chorych psychicznie. Długą tradycję mają stowarzyszenia i grupy pomocowe i samopomocowe działające na rzecz osób z problemem alkoholowym i ich rodzin oraz osób uzależnionych od alkoholu. Stanowią one uzupełnienie działalności zakładów opieki zdrowotnej, organizując długookresowe społeczne i emocjonalne wsparcie osobom przewlekle chorym. Działalnością na rzecz osób uzależnionych od

narkotyków zajmują się takie organizacje pozarządowe jak: *Stowarzyszenie Monar, Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Stowarzyszenie Karan*, które prowadząc wiele ośrodków rehabilitacyjnych i poradni profilaktyczno-rehabilitacyjnych, wspomagają publiczne zakłady opieki zdrowotnej. W obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, rosnącą i różnorodną aktywnością wykazują się kościoły i związki wyznaniowe. Liczne formy działań społecznych o charakterze prewencyjnym i profilaktycznym odbywają się z inicjatywy, bądź przy wsparciu agencji rządowych, tj. Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Niezwykle ważnym elementem systemu ochrony zdrowia psychicznego, są instytucje działające w obszarze pomocy społecznej wraz z domami pomocy społecznej dla osób przewlekłe psychicznie chorych oraz dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego* z 1994 r. stworzyła podstawy prawne dla powstania nowych form pomocy społecznej, takich jak środowiskowe domy samopomocy oferujące na ogół opiekę dzienną oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze. Ten ogromny potencjał działa dziś najczęściej w sposób słabo skoordynowany z działaniem opieki zdrowotnej. Stan ten wymaga zmian zmierzających do zwiększenia różnorodności form oparcia i pomocy społecznej, udostępnianych osobom z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi niepełnosprawnością. Przede wszystkim wymaga jednak radykalnego podniesienia poziomu integracji tych dwóch form opieki. Najradszą formą opieki pozaszpitalnej są hostele. Niedostatek tych nowoczesnych form, stanowiących podstawę środowiskowego modelu opieki, jest podstawową barierą opóźniającą możliwość jego wprowadzenia. Zmiana tej tendencji wymaga ustanowienia zdecydowanych bodźców organizacyjnych do ich powstawania oraz możliwości pozyskiwania środków finansowych na działanie i rozwój, bez takich bowiem działań opieka psychiatryczna pozostanie przestarzała i niesprawna.

Podstawą przyszłych rozwiązań powinno być związanie ich z inicjatywą, odpowiedzialnością i aktywnością wspólnoty społecznej obywateli zamieszkujących określone terytorium, zdolnych do rozpoznania problemów i wytworzenia odpowiednich rozwiązań, zgodnie z poziomem kompetencji. Rozpoznanie indywidualnych potrzeb powinno odbywać się na poziomie samorządu gminnego, przygotowanie i koordynacja dostosowanych do nich lokalnych rozwiązań organizacyjnych na poziomie samorządów powiatowych, planowanie regionalne i alokacja środków na poziomie samorządu wojewódzkiego, natomiast tworzenie modeli organizacyjnych oraz rozwiązań prawnych i finansowych na poziomie państwa.

2. Zdrowie psychiczne w dokumentach międzynarodowych

Podstawowym dokumentem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczącym zdrowia psychicznego jest Raport z 2001 r. pt. „*Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja*”. Prezentuje on współczesne spojrzenie na problematykę zdrowia psychicznego i chorób psychicznych oraz zawiera szereg zaleceń do wdrożenia w praktyce, w ramach realizacji programów ochrony zdrowia psychicznego. Powyższe zalecenia dotyczą:

- potrzeby formułowania polityki poświęconej poprawie zdrowia psychicznego populacji,
- zapewnienia powszechnego dostępu do odpowiednich i efektywnych pod względem kosztowym usług zdrowotnych, obejmujących promocję zdrowia psychicznego oraz prewencję schorzeń psychicznych,
- zapewnienia odpowiedniej opieki i ochrony praw człowieka pacjentom z poważnymi zaburzeniami, przebywającym w instytucjach zamkniętych,
- prowadzenia monitoringu i oceny stanu zdrowia psychicznego wspólnot lokalnych,
- promowania zdrowego stylu życia i sposobów redukcji czynników ryzyka,
- wspierania stabilności życia rodzinnego, spójności społecznej i rozwoju człowieka,
- wspierania badań przyczyn chorób psychicznych i zaburzeń zachowania, rozwoju efektywnych metod leczenia oraz monitorowania i oceny systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Raport podkreśla powszechny charakter zaburzeń neuropsychiatrycznych, które dotyczą co czwartego człowieka, a także znaczący udział tych schorzeń w tzw. Globalnym Obciążeniu Chorobami mierzonym wskaźnikiem DALY*, wynoszącym w 2000 r. dla świata 12%, a dla Europy 20%. W tym ostatnim aspekcie największe znaczenie mają: depresja, schizofrenia, zaburzenia zachowania, zaburzenia na tle alkoholowym i narkotykowym oraz samookaleczenia. Wśród czynników determinujących zaburzenia psychiczne Raport wymienia: ubóstwo, płeć żeńską w przypadku nerwicy i depresji, wiek dziecięcy i starszy, sytuacje konfliktów i katastrof, zaburzenia środowiska rodzinnego oraz niektóre choroby somatyczne.

Dokument dostarcza współczesnej wiedzy o sposobach rozwiązywania problemów ochrony zdrowia psychicznego. Główne podejście stanowi opieka środowiskowa, do której zalicza się:

- usługi, będące blisko domu, włączając w to opiekę szpitalną w szpitalu ogólnym, dla przypadków wymagających przyjęcia w trybie nagłym oraz opiekę długoterminową w stacjonarnych formach opieki środowiskowej,
- interwencję stosowną do poziomu upośledzenia i objawów chorobowych,

**/Słownik pojęć i terminów*

- leczenie i opiekę specyficzną dla postawionej diagnozy i potrzeb osoby chorej,
- szeroki zakres usług adresowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi,
- usługi skoordynowane pomiędzy profesjonalistami zajmującymi się opieką psychiatryczną, a lokalnymi agencjami wsparcia socjalnego,
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w tym realizowane w formule hospitalizacji domowej,
- partnerstwo z opiekunami oraz rozwiązywanie ich problemów,
- aktywność legislacyjną wspierającą powyższe działania.

Raport określa również zasady kształtowania polityki zdrowia psychicznego w ramach ogólnej polityki zdrowotnej oraz problematykę dostarczania usług zdrowotnych. Podkreśla on znaczenie opieki środowiskowej i konieczność jej rozwoju oraz zaleca stopniowe zamykanie dużych szpitali psychiatrycznych, przekształcanie ich w centra aktywnego leczenia i rehabilitacji, a także rozwijanie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

Rekomendacje WHO w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są następujące:

- zapewnienie leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
- zapewnienie dostępu do leków psychotropowych,
- dostarczanie opieki w ramach wspólnot lokalnych,
- edukacja opinii publicznej,
- angażowanie w programy wspólnot lokalnych, rodzin i osób indywidualnych,
- ustalanie narodowej polityki, programów i prawa,
- rozwijanie zasobów ludzkich,
- tworzenie sieci powiązań z innymi sektorami,
- monitorowanie na poziomie lokalnym wskaźników zdrowia psychicznego,
- wspieranie badań naukowych.

Jednym z ostatnich dokumentów WHO dotyczących problematyki zdrowia psychicznego jest Rezolucja Komitetu Wykonawczego WHO z 17 stycznia 2002 r. „*Umocnienie zdrowia psychicznego*”.

Podstawowym dokumentem Unii Europejskiej, w którym umieszczono zapisy dotyczące zdrowia, a ściślej zdrowia publicznego jest art. 152 (ex art. 129) Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską. Zgodnie z tym artykułem, wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego winien zostać zapewniony w definiowaniu i wdrażaniu każdej wspólnotowej polityki i aktywności. Działania Wspólnoty winny uzupełniać narodowe polityki zdrowotne, w pełni respektując odpowiedzialność krajów członkowskich za organizację opieki zdrowia publicznego, prewencję chorób oraz eliminowanie zagrożeń dla zdrowia.

Do międzynarodowych dokumentów dotyczących zdrowia psychicznego należy również Helsińska Deklaracja Ministrów Zdrowia Krajów Europejskich z 2005 r. pt. „*Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy*”, zgodnie z którą polityka ochrony zdrowia psychicznego powinna uwzględniać następujące działania:

- rozwijanie świadomości znaczenia dobrego samopoczucia psychicznego dla funkcjonowania społeczeństwa,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby chorujące psychicznie i ich rodziny,
- opracowanie i wdrożenie systemów ochrony zdrowia psychicznego, które uwzględnią promocję, profilaktykę, leczenie i rehabilitację,
- zapewnienie kształcenia kadr o odpowiednich kompetencjach,
- wykorzystanie do realizacji tych zadań, doświadczeń i wiedzy osób doświadczających zaburzeń psychicznych i ich opiekunów.

Kolejnym ważnym krokiem było ogłoszenie przez Komisję Europejską, w październiku 2005 r. *Zielonej Księgi* w sprawie poprawy zdrowia psychicznego ludności – proponującej strategię zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej (UE). Dokument ten nawiązuje do Deklaracji Helsińskiej i jest realizacją jej zapisów w krajach UE. Zgodnie z zapisami *Zielonej Księgi* najważniejszymi zadaniami dla reformowania polityki ochrony zdrowia psychicznego w krajach UE są:

- wspieranie zdrowia psychicznego wszystkich ludzi, czyli promocja zdrowia psychicznego,
- zapobieganie złemu stanowi zdrowia psychicznego, czyli działania profilaktyczne podejmowane wobec grup narażonych na zagrożenia dla zdrowia psychicznego,
- poprawa jakości życia ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie, poprzez integrację społeczną oraz ochronę ich praw i godności,
- opracowanie zasad budowania systemu informacji, współpracy w zakresie badań naukowych i upowszechnienia wiedzy na temat zdrowia psychicznego między krajami UE.

Konsekwencją przyjęcia *Zielonej Księgi* było zorganizowanie przez Komisję Europejską w czerwcu 2008 r. w Brukseli, konferencji w sprawie zdrowia psychicznego oraz ustanowienie „*Europejskiego Paktu na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego*”. Pakt ten stanowi wezwanie do działania w duchu partnerstwa, zwraca uwagę na korzyści zdrowotne, społeczne i gospodarcze wynikające z dobrego stanu zdrowia psychicznego wszystkich osób oraz na potrzebę przezwyciężenia tabu i uprzedzeń związanych z chorobami psychicznymi. Sygnatariusze „*Europejskiego Paktu...*” zobowiązali się do wspólnego działania na rzecz poprawy stanu zdrowia psychicznego w Europie

i wypracowanie wspólnych zaleceń dotyczących działania w 5 priorytetowych obszarach zdrowia psychicznego:

- zapobieganie samobójstwom i depresji,
- zdrowie psychiczne wśród młodzieży i w kontekście edukacji,
- zdrowie psychiczne w środowisku zawodowym,
- zdrowie psychiczne ludzi starszych,
- zwalczanie uprzedzeń i wykluczenia społecznego.

„Europejski Pakt...” umożliwia instytucjom UE, rządów krajowym, regionom i organizacjom społeczeństwa obywatelskiego podejmowanie wspólnych działań na rzecz poprawy poziomu zdrowia psychicznego. Realizowany jest przede wszystkim poprzez konferencje tematyczne poświęcone określonym w nim priorytetom. Konferencje te są okazją do budowania partnerstwa na rzecz zdrowia psychicznego, rozpowszechniania najlepszych praktyk w całej Europie oraz przedstawiania dotychczasowych osiągnięć w tej dziedzinie.

Dokumentem, w którym zostały spisane wszystkie prawa dziecka, w tym prawo do ochrony zdrowia jest *Konwencja o Prawach Dziecka* przyjęta dnia 20 listopada 1989 r. przez Zgromadzenie Ogólne ONZ. Jest to dokument obowiązujący niemal we wszystkich państwach świata.

3. Podstawy prawne ochrony zdrowia psychicznego w Polsce

Prawo do ochrony życia jest jednym z najważniejszych praw konstytucyjnych każdego człowieka. Art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, iż „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Zapis ten obejmuje również ochronę zdrowia psychicznego.

Podstawowym polskim aktem prawnym wyznaczającym najważniejsze obszary działalności w ochronie zdrowia psychicznego jest *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.* (Dz. U. Nr 231 z 2011 r. poz. 1375). Stanowi ona pierwszy w Polsce akt prawny o randze ustawowej dotyczący tak niezwykle ważnej problematyki.

Zakres merytoryczny ustawy obejmuje:

- prawa pacjentów szpitala psychiatrycznego i domów pomocy społecznej,
- ochronę praw pacjentów i zdrowia psychicznego,
- instytucję przymusu bezpośredniego,
- postępowanie lecznicze w stosunku do osoby leczonej za lub bez jej zgody,
- postępowanie przed sądem opiekuńczym w sprawach określonych w powyższej ustawie,
- ochronę tajemnicy,
- ochronę karnoprawną.

Przepisy ogólne zawarte w I rozdziale ustawy wskazują dwa główne kierunki działań:

- polegające na promocji zdrowia psychicznego, zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz kształtowaniu właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałaniu ich dyskryminacji oraz
- zmierzające do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Szczególną uwagę zwracają dwa art. ustawy – art. 4, w którym zostały określone działania zapobiegawcze, jakie należy podejmować zwłaszcza wobec dzieci, młodzieży, osób starszych oraz znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla zdrowia psychicznego, a także art. 5 zawierający opis nowoczesnego modelu opieki zdrowotnej. Przepisy szczegółowe pozostałych rozdziałów ustawy stanowią gwarancję ochrony praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym szczególnie praw pacjentów hospitalizowanych zarówno za zgodą, jak i poddawanych postępowaniu przymusowemu.

Liczne zapisy dotyczące zdrowia psychicznego, między innymi regulujące funkcjonowanie jednostek organizacyjnych pomocy społecznej wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi zawiera *ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2009 r., nr 175, poz. 1362 j. t. ze zm.)

Istotne znaczenie mają także akty koncentrujące się na zagadnieniach uzależnień, tj. *ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (Dz. U. Nr 35, poz.230, z późn. zm.) oraz *ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.).

Strategię działań i szczegółowy harmonogram prac dla poszczególnych podmiotów realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego określa *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128), obejmujący zakresem regulacji osoby z zaburzeniami psychicznymi, organy administracji rządowej i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej, organizacje pozarządowe, działające na rzecz ochrony zdrowia i poprawy zdrowia psychicznego oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

Cele główne i szczegółowe Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego:

Cel główny 1: Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Cele szczegółowe:

- 1.1 Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.
- 1.2 Zapobieganie zaburzeniom psychicznym.
- 1.3 Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 1.4 Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego.

Cel główny 2: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Cele szczegółowe:

- 2.1 Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
- 2.2 Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.
- 2.3 Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 2.4 Koordynacja różnych form opieki i pomocy.

Cel główny 3: Rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

Cele szczegółowe:

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

3.2 Promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego.

3.3 Unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej.

3.4 Ocena skuteczności realizacji Programu.

Podmiotami realizującymi Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego są w szczególności:

- 1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, w szczególności: minister ds. zdrowia, minister ds. oświaty i wychowania, minister ds. pracy i polityki społecznej, minister ds. nauki i szkolnictwa wyższego, minister sprawiedliwości, minister spraw wewnętrznych i administracji oraz minister obrony narodowej,
- 2) Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 3) samorządy województw, powiatów i gmin,
- 4) organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej i jednostek opieki społecznej.

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

Rozdział II

Zasoby opieki psychiatrycznej i sytuacja epidemiologiczna w województwie śląskim



Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015

1. Sytuacja w ochronie zdrowia psychicznego

1.1 Sytuacja w ochronie zdrowia psychicznego i problemy zdrowotności w kraju.

Stan zdrowia psychicznego ludności ocenia się na podstawie wskaźników rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych oraz wskaźników zapadalności. W 2009 r. liczba leczonych w kraju z powodu zaburzeń psychicznych wynosiła prawie 1,6 mln osób, z czego w opiece stacjonarnej leczonych było 13% osób, natomiast opieką ambulatoryjną objętych zostało aż 87% osób chorych (w roku 1990 odsetek osób korzystających z tej formy pomocy wynosił 82%). Od 1997 do 2009 r. prawie 2-krotnie wzrosła liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. W roku 1997 w opiece ambulatoryjnej liczba leczonych z zaburzeniami psychicznymi wynosiła 751 tys. os., w 2000 r. (949 tys. os.), w roku 2007 r. (1 361 tys. os.), natomiast w roku 2009 liczba chorych wzrosła do 1 388 tys. osób. Między rokiem 1997 a 2009 rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wzrosło o 85%, a współczynnik zapadalności w tym okresie wzrósł o 90%.

W 1997 r. stacjonarną opieką psychiatryczną objętych było 16% osób u których stwierdzone zostały zaburzenia psychiczne. W roku 1997. w psychiatrycznej opiece stacjonarnej leczonych z powodu zaburzeń psychicznych było 142 tys. os., w 2000 r. (170 tys. os.), z kolei w roku 2009 liczba ta wzrosła do 209 tys. osób. Między rokiem 1997 a 2009 rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w leczeniu całodobowym wzrosło o 47%, a współczynnik zapadalności w tym okresie wzrósł o 45%.

W ciągu minionych 9 lat liczba osób korzystających z psychiatrycznych placówek stacjonarnych zwiększyła się o 67 tys. os. Przez wszystkie te lata obserwuje się utrzymującą się do chwili obecnej tendencję wzrostową z tego tytułu zachorowań.

Tabela 1

**Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w latach 2000-2009 w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej kraju na 100 tys. ludności (osoba).
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Rozpoznanie	Opieka stacjonarna			Opieka ambulatoryjna		
		2000	2005	2009	2000	2005	2009
1.	Wskaźniki na 100 tys. ludności (osoba)						
1.1	OGÓŁEM	439	537	548	2 455	3 657	3 638
1.2	Zaburzenia alkoholowe	130	175	202	363	468	486
1.3	Zaburzenia po substancjach psychoaktywnych	22	32	31	61	101	85

1.4	Zaburzenia organiczne	58	79	80	276	524	524
1.5	Schizofrenia	81	81	90	270	332	348
1.6	Zaburzenia schizotypowe i urojeniowe	31	35	26	137	155	134
1.7	Zaburzenia afektywne	54	56	47	426	701	666
1.8	Zaburzenia nerwicowe	36	47	40	594	881	890
1.9	Upośledzenie umysłowe	10	11	11	121	169	162

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej, Część I Lecznictwo psychiatryczne, Rocznik statystyczny 2009 r. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 2010r.

W ciągu ostatnich 9 lat w jednostkach psychiatrycznych opieki ambulatoryjnej kraju wśród leczonych osób nastąpił wzrost wszystkich kategorii zaburzeń psychicznych, za wyjątkiem zaburzeń schizotypowych i urojeniowych. Prawie dwukrotnie wzrosło rejestrowane rozpowszechnienie zaburzeń organicznych, nerwicowych i afektywnych.

Od roku 2000 do 2009, wskaźnik rozpowszechnienia z powodu zaburzeń psychicznych osób leczonych psychiatrycznie w opiece ambulatoryjnej w kraju wzrósł o 48% (z 2 455 do 3 638 os. na 100 tys. ludności), zaś w opiece całodobowej tylko o 25% (z 439 do 548 os. na 100 tys. ludności). Wskaźnik zapadalności (czyli zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia w danym roku) w opiece ambulatoryjnej wzrósł w badanym okresie o 38% (z 738 do 1021 os. na 100 tys. ludności), natomiast w opiece całodobowej o 12% (z 202 do 226 os. na 100 tys. ludności).

W wielu rejonach kraju opieka psychiatryczna ograniczona jest do możliwości leczenia wyłącznie w poradni bądź na oddziale szpitalnym. W lecznictwie ambulatoryjnym w latach 2000-2009 w większości leczone były osoby z zaburzeniami: nerwicowymi, afektywnymi, organicznymi i alkoholowymi, ich wzrost w stosunku do roku 2000 wynosił odpowiednio (nerwicowymi o ponad 49%, afektywnymi o 54%, organicznymi o 87% natomiast alkoholowymi o 32%). W lecznictwie stacjonarnym, we wszystkich analizowanych latach najczęściej hospitalizowane były osoby z zaburzeniami: alkoholowymi (wzrost o 53% w stosunku do roku 2000), zaburzeniami organicznymi (o 36%) oraz z powodu schizofrenii (wzrost o 11%). W strukturze ogółu leczonych najczęściej występującymi zaburzeniami były: zaburzenia alkoholowe (37%), schizofrenia (16%), zaburzenia organiczne (15%). Pozostałe to zaburzenia: afektywne (9%), nerwicowe (7%), psychoaktywne (6%), schizotypowe i urojeniowe 5% leczonych. Wskaźnik rozpowszechnienia z powodu zaburzeń psychicznych wynosił w 2009 r. 548 os. na 100 tys. ludności i był nieznacznie wyższy niż w roku 2008 (543 os.), podobnie kształtował się wskaźnik zapadalności, który w 2009 r. wyniósł 266 os. na 100 tys. ludności, przy 223 os. w 2008 r. Wśród wskaźników rozpowszechnienia

zaburzeń psychicznych, najwyższy wzrost (o 55%) dotyczył zaburzeń alkoholowych oraz zaburzeń po substancjach psychoaktywnych (wzrost o 41%). Spadek rozpowszechnienia dotyczył zaburzeń schizotypowych i urojeniowych (o 16%) oraz zaburzeń afektywnych (13%). Pacjenci zarejestrowani po raz pierwszy w opiece stacjonarnej stanowili 41% ogółu leczonych osób. Wśród tych pacjentów najczęstszymi rozpoznaniem były zaburzenia alkoholowe (46%) zaburzenia organiczne (14%), zaburzenia nerwicowe (11%) i zaburzenia afektywne (7%). Prawie 37% pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych to pacjenci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu, 16% w wyniku zaburzeń schizotypowych i urojeń, a 15% to osoby ze zdiagnozowaną schizofrenią. W całym tym okresie, zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i całodobowej wzrastał wskaźnik leczonych z powodu uzależnień od alkoholu, zaburzeń organicznych i schizofrenii. Wyższa była dynamika zapadalności niż dynamika rozpowszechnienia, co oznacza, że na wzrost wskaźnika rozpowszechnienia w znacznym stopniu wpływają rejestrowane nowe przypadki uzależnień aniżeli powroty do leczenia pacjentów uprzednio już uzależnionych.

W roku 2009 funkcjonowały w Polsce 1 862 poradnie ambulatoryjne dla osób z zaburzeniami psychicznymi, z tego 1 109 poradni zdrowia psychicznego, 178 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, 471 poradni odwykowych dla uzależnionych od alkoholu i 104 poradnie dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Najwyższy odsetek (59%) stanowiły niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, 36% samodzielne publiczne zakłady, zaledwie 4% indywidualne lub grupowe praktyki lekarskie, a 1% to zakłady prowadzone w innej formie. W 2009 r. na 1 388,2 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w opiece ambulatoryjnej 46% (641 tys. os.) miało rozpoznania zaburzeń psychotycznych. Najczęściej występującymi psychozami były zaburzenia afektywne (18%), organiczne (14%), schizofrenia (10%), zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (4%). Zaburzenia nerwicowe stanowiły 24% ogółu leczonych, zaburzenia alkoholowe 13%, natomiast zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych 2% leczonych. Pacjenci zarejestrowani po raz pierwszy w opiece ambulatoryjnej stanowili 28% ogółu leczonych osób. Wśród tych pacjentów rozpoznanie psychoz wystąpiło u ponad 32% objętych opieką ambulatoryjną. Najczęściej były to zaburzenia afektywne (14%), zaburzenia organiczne (11%), schizofrenia (4%) i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (2%). Zaburzenia nerwicowe wystąpiły u 29% leczonych po raz pierwszy, alkoholowe u 21%, a po substancjach psychoaktywnych u 3%. Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, zarejestrowanych w lecznictwie ambulatoryjnym w 2009 r. wynosił 3 638 osób na 100 tys. ludności był nieznacznie wyższy niż w roku poprzednim (2008 r. 3 622 os. na 100 tys. ludności). Wskaźnik zapadalności wynosił 1 021 na 100 tys. ludności i było 6% wyższy niż w roku 2008 (967 os. na 100 tys. ludności). W lecznictwie ambulatoryjnym, w porównaniu z rokiem 2008, wystąpił 4% wzrost zaburzeń

organicznych oraz spowodowanych używaniem alkoholu, o 3% wzrosło rozpowszechnienie schizofrenii, o 2 % zaburzeń nerwicowych. W pozostałych zaburzeniach psychicznych nastąpił spadek wskaźnika: zaburzeń schizotypowych i urojeniowych o 9%, a zaburzeń afektywnych o 3%. Zapadalność spadła jedynie w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (o 13%). We wszystkich pozostałych kategoriach zaburzeń nastąpił wzrost zapadalności chorych leczonych w opiece ambulatoryjnej, i tak zapadalność zaburzeń schizotypowych i urojeniowych wzrosła o 13%, zaburzeń organicznych o 12%, zaburzeń nerwicowych o 10%, zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu o 8%, schizofrenii o 5%, zaburzeń afektywnych o 2%. Od dwóch lat obserwuje się wzrost zapadalności w opiece ambulatoryjnej kraju. Wskaźnik rozpowszechnienia ogółu zaburzeń psychicznych w Polsce w 2009 r. wyniósł 3 638 osób na 100 tys. ludności, zaburzeń alkoholowych 486 osób na 100 tys. ludności, a wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych 85 osób na 100 tys. ludności.

W 2009 r. w kraju funkcjonowało 178* zakładów psychiatrycznej opieki stacjonarnej, w których liczba leczonych pacjentów wynosiła ponad 233 tys. osób. Zakłady dysponowały blisko 26,2 tys. łóżek, a przeciętny pobyt chorego w szpitalu psychiatrycznym wyniósł dla kraju 30 dni. Liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych w 2009 r. wynosiła prawie 18,3 tys. co stanowiło około 70% psychiatrycznej bazy łóżkowej opieki stacjonarnej kraju. W roku 2009 spośród ogółu łóżek psychiatrycznych, ośrodki leczenia odwykowego dla uzależnionych od alkoholu dysponowały 1 000 łóżek (tj. 3,8% ogółu łóżek), z kolei w ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz ośrodkach Monar-u było łącznie 2,4 tys. łóżek, podobnie jak w roku poprzednim. W 2009 r. w ramach długoterminowej opieki psychiatrycznej w kraju funkcjonowało ogółem 48 zakładów (43 zakłady opiekuńczo-lecznicze i 5 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych), o łącznej liczbie 4,3 tys. łóżek. Przeciętny czas pobytu pacjenta w tego typu placówkach wyniósł: w zakładach opiekuńczo-leczniczych 266 dni, z kolei w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych dni 244.

W 2009 r. w kraju funkcjonowało 49 szpitali psychiatrycznych, o 2 szpitale mniej niż w roku poprzednim. Liczba łóżek w tych zakładach zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego o 620 łóżek tj 3,3% i w 2009 r. wyniosła 18,3 tys. łóżek, w okresie tym nieznacznie zmalała również liczba pacjentów (o 0,5%) osiągając w roku 2009 liczbę 207,8 tys. pacjentów. Zmniejszaniu się liczby szpitali psychiatrycznych towarzyszył powolny, pożądany proces powstawania oddziałów psychiatrycznych w strukturach zakładów niepsychiatrycznych, głównie szpitali ogólnych (problemem była i jest nierównomierna lokalizacja placówek psychiatrycznych w poszczególnych województwach oraz zbyt duża koncentracja bazy łóżkowej w szpitalach

**/Wraz z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi*

psychiatrycznych). W 2009 r. oddziały takie funkcjonowały w 111 zakładach z liczbą 4,6 tys. łóżek, (z tego 100 oddziałów psychiatrycznych publicznych z ponad 4,3 tys. łóżek i 11 niepublicznych z 323 łózkami) oraz 4 032 miejscami dziennymi w oddziałach stacjonarnych szpitalach ogólnych. W oddziałach tych leczonych było w sumie ponad 57 tys. pacjentów, z czego 93% stanowili pacjenci szpitali publicznych. Średni pobyt pacjenta na oddziale psychiatrycznym w publicznym szpitalu ogólnym wyniósł 28 dni, natomiast w szpitalu niepublicznym 20 dni. Liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych w kraju wynosiła ponad 4,6 tys. (w tym 196 łóżek dla dzieci do lat 18). Zaledwie 7% tej wartości stanowiły łóżka na oddziałach psychiatrycznych niepublicznych szpitali ogólnych działających w kraju. W latach 2000-2009 odnotowano redukcję bazy łóżkowej w szpitalach psychiatrycznych o 13 tys. łóżek (z 31,2 tys. w 2000 r. do 18,3 tys. w 2009 r.), a średni roczny czas leczenia skrócił się dwukrotnie z 66 do 30 dni. W 2000 r. 77% łóżek znajdowało się w szpitalach psychiatrycznych, w roku 2009 odsetek ten wynosił już 70% łóżek stacjonarnej opieki psychiatrycznej (przy 87% w 1990 r.).

Najlepiej rozwiniętą formą opieki pośredniej są oddziały dzienne. W 2009 r. w kraju funkcjonowało 259 oddziałów tego typu, dysponowały one 5 688 miejscami dziennymi, z tego 131 oddziałów psychiatrycznych (3 041 miejsc), 70 oddziałów dla uzależnionych od alkoholu (1 089 miejsc), 14 oddziałów dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (311 miejsc), 15 oddziałów dla chorych na nerwice (482 miejsca), 27 oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży (720 miejsc) oraz dwa oddziały opiekuńczo-lecznicze (45 miejsc). W 2009 r. z tej formy leczenia skorzystało 24,0 tys. pacjentów tj. o 145 więcej niż w roku poprzednim. W 2009 r. w oddziałach dziennych hospitalizowane były w nich 6 941 osoby, w tym 186 osoby to dzieci w wieku do lat 18. Średni pobyt chorego na oddziale psychiatrycznym wynosił 26,3 dnia.

Innym rodzajem psychiatrycznych placówek całodobowych są ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz ośrodki MONAR. W 2009 r. podobnie jak przed rokiem, dysponowały one łącznie 2,4 tys. łóżek, z których skorzystało w ciągu roku blisko 8,0 tys. pacjentów, o 2,0% mniej niż w 2008. W kraju działały 32 ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, dysponowały one 1,3 tys. łóżek z których skorzystało 3,5 tys. osób uzależnionych (o 2,1% mniej niż rok temu). W 2009 r. osoby uzależnione i bezdomne mogły znaleźć pomoc w 26 ośrodkach MONAR-u. Zarówno baza łóżkowa tych ośrodków (1,1 tys. łóżek), jak i liczba osób, którym udzielono pomocy (4,5 tys. osób) utrzymywała się na poziomie zbliżonym do roku ubiegłego. W placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej, takich jak regionalne ośrodki psychiatrii sądowej czy ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, liczba łóżek w obu typach placówek utrzymała się na poziomie zbliżonym do roku 2008. W 2009 r. odnotowano 7,2% (o ponad 800 osób) wzrost liczby pacjentów w ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego. W ośrodkach tych leczyło się 12,1 tys. osób, z czego blisko 29% w województwie

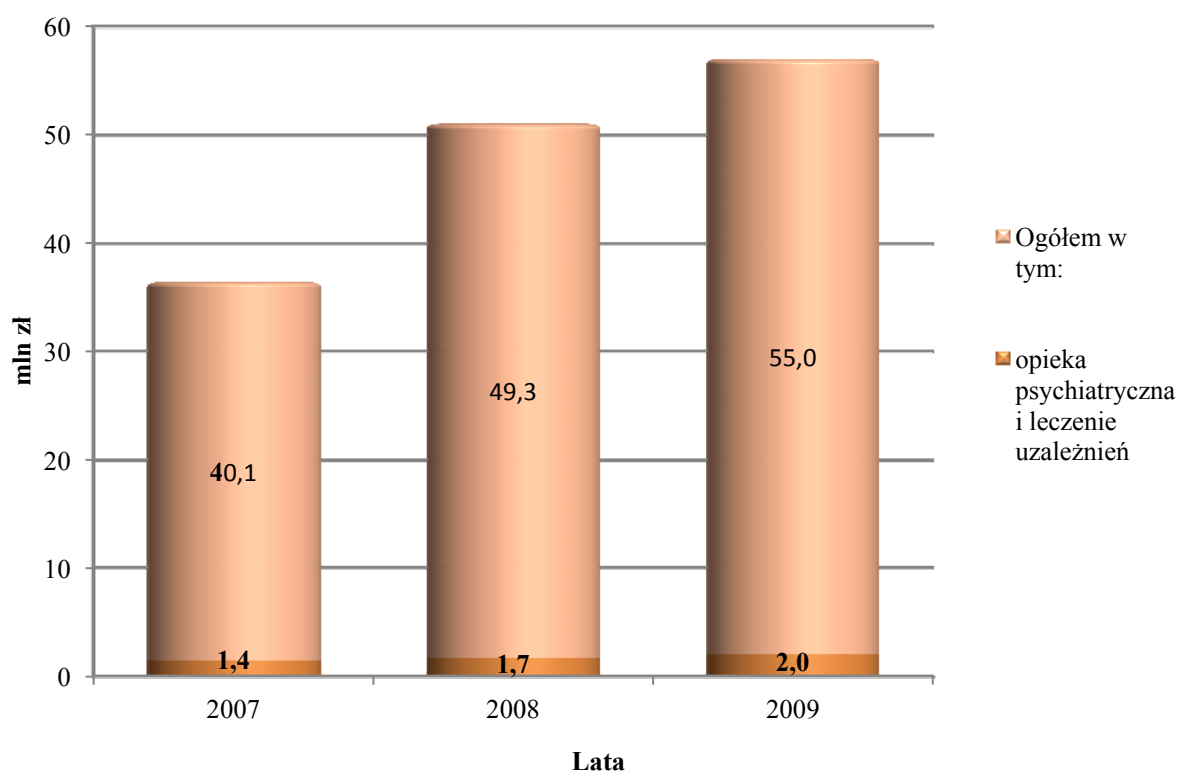
śląskim. W całym kraju działało 19 tego typu ośrodków, w tym 3 placówki w województwie śląskim. Pod względem liczby łóżek dominowało województwa: śląskie z liczbą 264 łóżek (26,4 % krajowych łóżek leczenia odwykowego alkoholowego). W 2009 roku w kraju funkcjonowało łącznie 48 stacjonarnych zakładów długoterminowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym 43 zakłady opiekuńczo-lecznicze typu psychiatrycznego (4 placówki w województwie śląskim) i 5 zakładów pielęgnacyjno-opiekunczych psychiatrycznych (w regionie 1 placówka tego rodzaju). Zakłady te łącznie dysponowały 4 324 łózkami, czyli o 3,7% więcej niż w roku poprzednim, dostarczając opiekę stacjonarną 6,2 tys. osób (o 10% więcej). Opieką domową objętych zostało łącznie 4,5 tys. osób, blisko o 1/3 więcej niż w roku 2008, o 10% zwiększyła się także liczba osób przebywających w tych placówkach w ciągu roku, osiągając w 2009 r. liczbę 5 833. osób. Najwięcej pacjentów korzystających z tej formy opieki (2,4 tys.) leczonych było w ramach działalności zespołów opieki domowej. Opieką domową prowadzoną przez placówki stacjonarne, głównie hospicja, objęto 1,7 tys. osób

Na przestrzeni minionych lat w strukturze bazy łóżkowej kraju, określonej specjalistycznym profilem odnotowuje się duże zmiany. Wzrastał udział bazy łóżkowej dla uzależnionych oraz łóżek o profilu opiekuńczym (efekt procesów restrukturyzacyjnych w dużych szpitalach psychiatrycznych), malał natomiast udział łóżek psychiatrycznych przeznaczonych dla dorosłej populacji z zaburzeniami psychicznymi. Grupą szczególnie wymagającą pomocy jest młodzież, ze względu na jej pogarszające się samopoczucie psychospołeczne wynikające ze stresu, narastającej przemocy i dostępności narkotyków. Od kilkunastu lat liczba chorych psychicznie systematycznie rośnie. Wzrastają wskaźniki rozpowszechnienia hospitalizacji oraz leczonych w opiece ambulatoryjnej. Opieki i pomocy psychiatryczno-psychologicznej wymagają zarówno dzieci, jak również osoby w wieku starszym.

Pomimo zachodzących w tej dziedzinie powolnych przemian, opieka psychiatryczna kraju jest słaba, niedostateczna, mało dostępna i niedoinwestowana. System opieki psychiatrycznej jest przestarzały, a jego zapóźnienia w stosunku do innych państw europejskich sięgają nawet kilkudziesięciu lat (30 lat). W 2007 r. koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ wynosiły 40,1 mln zł, z tego na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień przypadało 3,5% wydatków. W ciągu dwóch lat koszty te wzrosły o 14,9 mln zł i w 2009 r. wynosiły 55 mln zł, z czego finansowanie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień utrzymane zostało na podobnie niskim 3,6% poziomie.

Wykres 1

**Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez
Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2008-2009 w kraju (mln zł)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 oraz w 2009 r.”, GUS, Warszawa 2009 oraz 2010 r.

1.2 Sytuacja w ochronie zdrowia psychicznego i problemy zdrowotności województwa śląskiego na tle kraju.

Województwo śląskie pod względem liczby ludności zajmuje drugie miejsce w kraju. W 2009 r. na powierzchni 12 333 km² (3,9% powierzchni kraju) mieszkało ponad 4,6 mln osób, co stanowiło 12,2% ludności Polski. Ponad połowa ludności województwa (52%) stanowią kobiety. Region jest najgęściej zaludnionym obszarem Polski, na km² przypada tu 376 osób, przy średniej krajowej wynoszącej 122 os. Poziom urbanizacji jest najwyższy w kraju, w miastach województwa mieszka aż 78,1% ludności, tj. prawie 16% ludności miejskiej Polski. Region cechuje wysokie saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały wynoszące (-1,0) os. na 1000 ludności, kraj (-0,0) os. Liczba ludności w województwie systematycznie ulega zmniejszeniu, w latach 2000-2009 r. spadła o 125 tys. osób i należy spodziewać się, że tendencja ta w przyszłości będzie się utrzymywać. Wraz ze spadkiem ludności zmienia się również struktura demograficzna. Na starzenie się społeczeństwa ujemny wpływ ma również, jeden z najniższych w kraju ujemny przyrost naturalny, wynoszący (-0,2‰), kraj (0,9‰). W roku 2009 region charakteryzował się najwyższym w kraju wskaźnikiem umieralności niemowląt i wynosił 7,2 niemowląt na 1000 urodzeń żywych (kraj 5,6 niemowląt) i jednym z najniższych wskaźników urodzeń żywych na 1000 ludności, wynoszący dla województwa 10,3 niemowląt na 1000 ludności (kraj 11,0 niemowląt). Problemem regionu pozostaje, mimo że niższa niż w kraju (12,1%) stopa bezrobocia, wynosząca w 2009 r. 9,4%. Prawie połowa bezrobotnych osób w województwie to ludzie młodzi do 34 roku życia. Szczególnie niekorzystny jest wysoki odsetek osób długoterminowo bezrobotnych, nieposiadających uprawnień do zasiłku. Choć malejąca stopniowo grupa osób w wieku produkcyjnym wpłynąć może korzystnie na poziom bezrobocia, to w dłuższym okresie czasu należy liczyć się z negatywnymi skutkami starzenia się społeczeństwa i zwiększonym obciążeniem ochrony zdrowia. Stan zdrowia społeczeństwa jest znacznie gorszy od przeciętnego w kraju. Trwające przez dziesięciolecia zakłócenia równowagi ekologicznej wpłynęły na zdrowie mieszkańców regionu, którzy płacą za to ceną skróconego okresu życia i zwiększoną w stosunku do innych regionów kraju zachorowalnością. Przeciętna długość życia mieszkańców tego regionu jest krótsza niż średnia krajowa i wynosi dla mężczyzn 71,0 lat (kraj 71,5 lat), dla kobiet natomiast 79,1 lat (kraj 80,1 lat). Większy niż w innych regionach Polski jest stopień zachorowalności na choroby zawodowe, choroby układu krążenia, nowotwory, choroby dróg oddechowych (zwłaszcza u dzieci), wyższy jest udział rent i orzeczonego inwalidztwa (około 12% orzeczonego inwalidztwa ogółem przypada na województwo śląskie, z tego ponad 60% stanowią osoby powyżej 65 roku życia). W województwie śląskim w roku 2009 zanotowano najtrudniejsze warunki pracy, gdzie co piąta osoba pracowała w warunkach zagrożenia życia. Wszystkie te negatywne zjawiska społeczne

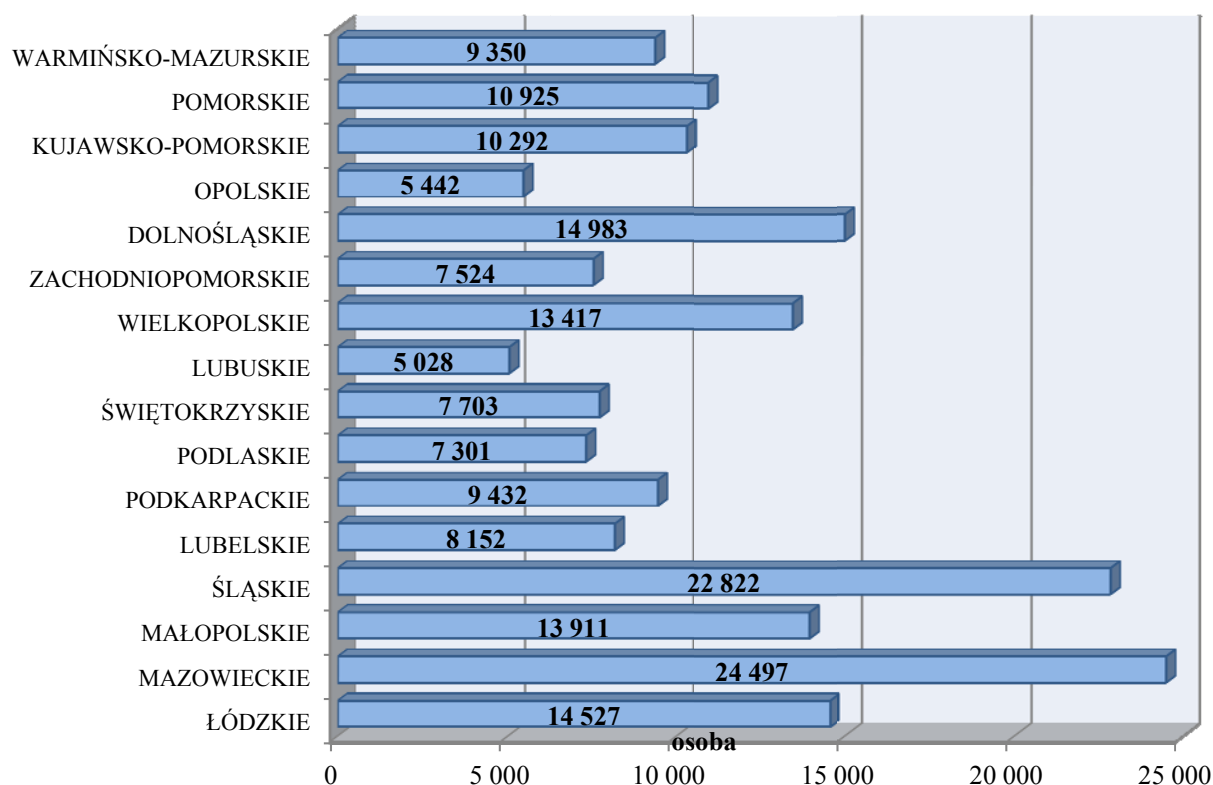
wpływają na stan zdrowia psychicznego ludności województwa. Zmiany społeczne dokonujące się w kraju i regionie mają duży wpływ na zwiększenie się ilości zaburzeń lękowych, depresji, zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz na zachowania samobójcze. Dotyczy to zarówno jednostek, jak i całej społeczności. Lista potencjalnych i realnych zagrożeń dla zdrowia psychicznego z perspektywy socjologicznej jest obszerna i poza wymienionymi powyżej zjawiskami, obejmuje również rosnącą gwałtownie skalę emigracji zarobkowej, zaburzenia więzi społecznych, zjawisko wykluczenia społecznego w połączeniu z rosnącymi zróżnicowaniami społeczno-ekonomicznymi, czy znaczne rozmiary przestępczości. Zmiany stylu życia, pracy, budowania więzi rodzinnych i społecznych sprawiają, że zdrowie psychiczne wystawiane jest na różnego rodzaju stresy i niedogodności, którym coraz trudniej sprostać. Zagrożenia te prowadzą do zaburzeń depresyjnych, nerwicowych oraz wzrostu liczby osób uzależnionych od alkoholu. Marginalizowane grupy osób (niepełnosprawni, bezrobotni, ludzie zwalniani z więzień, bezdomni) są najbardziej narażone na problemy zdrowia psychicznego. Od kilkunastu lat rośnie w województwie liczba osób chorych psychicznie. Wzrastają wskaźniki rozpowszechnienia hospitalizacji oraz osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w opiece ambulatoryjnej. W 2009 r. w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej spośród 754 szpitali ogólnych działających w kraju (blisko 70% szpitali to zakłady publiczne), najwięcej przypadło na województwo śląskie. Według GUS w roku 2009 w województwie funkcjonowało 107 szpitali ogólnych, (14,2% wszystkich szpitali ogólnych w kraju) z liczbą ponad 26 tys. łóżek (14,5% łóżek krajowych), z których 78 to szpitale publiczne z liczbą 24,4 tys. łóżek. Gęstość rozmieszczenia szpitali w regionie jest wyższa niż w kraju. Na 100 km² przypada 0,87 szpitala, gdy tymczasem w kraju wskaźnik ten wynosi tylko 0,24 szpitala na 100 km². Województwo śląskie, w porównaniu do pozostałych województw w Polsce, odnotowuje również wysoki poziom zabezpieczenia usług medycznych. Na 10 tys. mieszkańców województwa przypada 57 łóżek, to jest o 19% więcej niż przeciętnie w kraju. Wśród leczonych w szpitalach w Polsce, 12,3% osób leczy się na terenie regionu śląskiego. Spośród funkcjonujących w kraju 49 szpitali psychiatrycznych (18, 3 tys. łóżek) 5 z nich, z liczbą 2,4 tys. łóżek znajdowało się w województwie śląskim. Rozmieszczenie w kraju liczby łóżek szpitalnych w 2009 r. kształtowało się podobnie jak liczba szpitali, dominowało województwo śląskie z 26,6 tys. łóżek tj. 14,5% wszystkich łóżek szpitalnych w Polsce, a 13,2% stanowiły łóżka w szpitalach psychiatrycznych. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców wynosił dla kraju 48 łóżek, w województwie 57 łóżek, w szpitalach psychiatrycznych odpowiednio, w kraju 4,8 łóżka, w województwie natomiast 5,2 łóżka. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych wynosił w Polsce 254 dni, w województwie z kolei 243 dni, w szpitalach psychiatrycznych kraju 337 dni, natomiast w szpitalach psychiatrycznych województwa 315 dni. Średni pobyt chorego w szpitalu psychiatrycznym wynosił 30 dni w województwie śląskim z kolei

dni 37. Spośród wszystkich zakładów psychiatrycznej opieki stacjonarnej kraju 11,8% placówek znajdowało się w regionie śląskim. W 2009 r. w stacjonarnej opiece psychiatrycznej kraju leczeniem objęto ponad 233 tys. osób, spośród których 26 tys. osób leczonych z zaburzeniami psychicznymi było w województwie, co stanowiło 11,5% hospitalizowanych w kraju osób, z tego rodzaju zaburzeniami. Na 111 oddziałów psychiatrycznych działających w szpitalach ogólnych kraju, najwięcej z nich (11,7%) było w województwie śląskim (13 oddziałów psychiatrycznych o łącznej liczbie 499 łóżek rzeczywistych i 151 miejscami dziennymi). Na województwo śląskie przypadło 12 oddziałów psychiatrycznych (dla osób dorosłych) i jeden oddział psychiatryczny dla dzieci oraz 10 oddziałów dziennych, z tego 9 dla dorosłych i jeden oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży. W 2009 r. w oddziałach tych hospitalizowano 6 941 osób, w tym 186 dzieci w wieku do lat 18. Średni pobyt chorego na oddziale psychiatrycznym wynosił 26,3 dnia.

W roku 2009 w województwie dla osób z zaburzeniami psychicznymi funkcjonowały 3 ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, z liczbą 264 łóżek, 7 ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (212 łóżek), 1 ośrodek MONAR-u z liczbą 44 miejsc oraz 5 stacjonarnych zakładów długoterminowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, z tego 4 zakłady opiekuńczo-lecznicze typu psychiatrycznego i 1 zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny.

W roku 2009 w województwie śląskim funkcjonowały ogółem 257 zakłady opieki psychiatrycznej, z tego 236 zakładów opieki ambulatoryjnej i 21 stacjonarnej, w których leczyło się około 197 tys. pacjentów. W zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa leczonych było ponad 26,8 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi, opieką ambulatoryjną objętych było ponad 171 tys. osób. Na koniec 2009 r. w śląskich poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania zarejestrowanych było ponad 137 tys. pacjentów, co stanowiło prawie 12% leczonych w tego typu poradniach krajowych (1,1 mln leczonych w kraju). W poradniach, które zapewniały świadczenia osobom z zaburzeniami psychicznymi, spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych leczyło się w województwie śląskim blisko 3 tys. osób, było to około 10% leczonych osób w kraju. Z usług poradni dla osób uzależnionych od alkoholu skorzystało w województwie śląskim 22,8 tys. mieszkańców (dla porównania w województwie lubuskim leczonych było zaledwie 5 tys. osób).

**Zarejestrowani w poradniach dla osób uzależnionych od alkoholu
wg województw w 2009 r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS, www.stat.gov.pl

Słaby stan zdrowia psychicznego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania występują w każdym wieku, u obu płci, w różnych kulturach i grupach ludności. Prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych jest jednak znacznie większe u ludzi o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. W szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych województwa śląskiego w 2009 r. wśród ogółu leczonych pacjentów, dominowały osoby z wykształceniem zawodowym (ok. 38%) i podstawowym (ok. 22%).

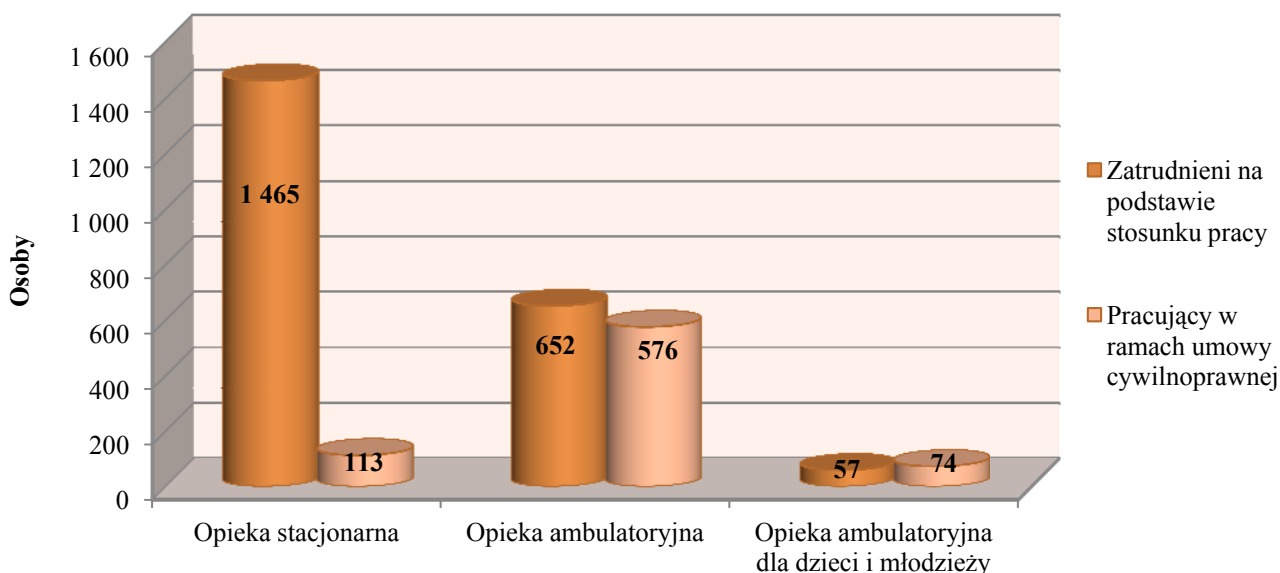
W 2009 r. liczba dzieci i młodzieży wymagającej hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych wynosiła 1 342 osoby. Dominującymi rozpoznaniem były mieszane zaburzenia zachowania i emocji oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków psychoaktywnych (np. tytoń, alkohol, lotne rozpuszczalniki). W latach 2008-2009 w jednostkach leczenia ambulatoryjnego, u dzieci leczonych z powodu zaburzeń psychicznych wywołanych używaniem alkoholu, w przedziale wiekowym 0-18, obserwuje się spadek liczby pacjentów ze 72 do 47 leczonych osób, natomiast odnotowano 16% wzrost liczby leczonych osób w wieku starszym, z 522 os. (2008 r.) do 607 os. w 2009 r. W roku 2009 z jednostek leczenia ambulatoryjnego dla

osób z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień skorzystało ponad 18 tys. osób w wieku 65 lat lub więcej.

W roku 2009 liczba personelu medycznego województwa śląskiego sprawującego opiekę nad chorymi psychicznie osobami wynosiła 2 937 osób, z tego w opiece stacjonarnej pracowało 1 578 os., ambulatoryjnej 1 228 os., natomiast w ambulatoryjnej opiece dla dzieci i młodzieży tylko 131 os. Wynika z tego, że ponad połowa (53,7%) kadry medycznej pracowało w stacjonarnej opiece psychiatrycznej, (41,8%) w opiece ambulatoryjnego, a tylko 4,5% zatrudnionych było w ambulatoryjnej opiece dla dzieci i młodzieży

Wykres 3

**Personel działalności podstawowej w poszczególnych jednostkach opieki psychiatrycznej województwa śląskiego w 2009 r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.”, Śląski Urząd Wojewódzki, Katowice 2010 r., oraz „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2009, część I Lecznictwo psychiatryczne”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010 r.

Do najbardziej rozpowszechnionych zagrożeń związanych ze zdrowiem psychicznym wśród mieszkańców województwa śląskiego należą:

- zaburzenia nastroju,
- organiczne zaburzenia psychiczne,
- schizofrenia,
- depresje,
- zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.

W latach 2007-2009 w województwie śląskim wzrosła liczba hospitalizowanych z powodu schizofrenii, o 25% (z 4 162 os. w 2007 r. do 5 217 os. w 2009 r., przy czym liczba leczonych po raz pierwszy wzrosła o około 30%). We wszystkich tych latach spośród ogółu osób przeważającą grupę hospitalizowanych stanowili mężczyźni (prawie 53%). Kolejnym zdrowotnym problemem regionu śląskiego jest depresja. W latach 2000-2006 w województwie śląskim z powodu depresji hospitalizowanych było od 2,6 tys. do 3,1 tys. osób. W grupie tych rozpoznań dominowały kobiety i stanowiły prawie 70% ogółu pacjentów leczonych z tego tytułu zachorowań. Do pośrednich kosztów ekonomicznych związanych z depresją zalicza się zmniejszenie wydajności pracy, absencja chorobowa, wypłacanie rent i zasiłków. Przewiduje się, że w 2020 r. depresja będzie drugą pod względem częstości niepełnosprawnością na świecie, zaś w krajach uprzemysłowionych nawet jej najczęstszą przyczyną.

Zgodnie z klasyfikacją GUS do zakładów psychiatrycznej opieki stacjonarnej w województwie śląskim zalicza się: 5 szpitali psychiatrycznych, 3 ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, 7 ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od środków psychoaktywnych, 1 Ośrodek Monar-u, 4 zakłady opiekuńczo-lecznicze i 1 zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, co stanowi 12% krajowej stacjonarnej bazy psychiatrycznej. Na województwo śląskie przypada 10% psychiatrycznych placówek szpitalnych kraju, 16% ośrodków leczenia odwykowego (alkoholowego), 22% ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, 9% zakładów opiekuńczo-leczniczych i 20% zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych.

W szpitalach psychiatrycznych województwa śląskiego w 2009 r. przebywało ponad 10% wszystkich leczonych w kraju osób z zaburzeniami psychicznymi, 27% osób uzależnionych od alkoholu i 20% uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W zakładach opiekuńczo-leczniczych województwa przebywało 15% osób leczonych w tego typu zakładach w kraju, a w placówce pielęgnacyjno-opiekuńczej 17% krajowej populacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych w województwie śląskim w 2009 r. wynosiła ponad 2,4 tys. co stanowiło około 67% bazy łóżkowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa. W porównaniu z rokiem 2008 liczba ta zmalała o 188 łóżek. W tym samym okresie zanotowano spadek liczby pacjentów o 625 os. z 22,2 tys. do 21,6 tys. osób.

Do zakładów długoterminowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa zalicza się 4 zakłady opiekuńczo-lecznicze i 1 zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, udzielające całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji.

Tabela 2

**Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej w województwie śląskim na tle kraju
w latach 2008-2009 (stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie	Województwo śląskie		Kraj		Udział województwa w kraju (%)	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009
1.	Szpitala psychiatryczne						
1.1	Zakłady (podmiot)	5*	5*	51	49	9,8	10,2
1.2	Łóżka (szt.)	2 591	2 403	18 878	18 258	13,7	13,2
1.3	Chorzy leczeni (osoba)	22 227	21 602	211 251	207 795	10,5	10,4
1.4	Osobodni (tys.)	815,3	807,2	6 351,9	6 232,5	12,8	13,0
1.5	Średni pobyt chorego (w dniach)	36,7	37,4	30,1	30	x	x
2.	Ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego						
2.1	Zakłady (podmiot)	3	3	19	19	15,8	15,8
2.2	Łóżka (szt.)	264	264	988	1 000	26,7	26,4
2.3	Leczeni (osoba)	3 662	3 473	11 268	12 704	32,5	27,3
2.4	Osobodni (w tys.)	97,9	92,8	317,8	330,9	30,8	28,0
2.5	Średni pobyt chorego (w dniach)	26,7	26,7	28,2	27,4	x	x
3.	Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych						
3.1	Zakłady (podmiot)	7**	7**	33	32	21,2	21,9
3.2	Łóżka (szt.)	212	212	1 345	1 329	15,8	16,0
3.3	Leczeni (osoba)	722	705	3 553	3 477	20,3	20,3
3.4	Osobodni (w tys.)	66,6	66,7	397,5	388,8	16,7	17,2
3.5	Średni pobyt chorego w dniach	92,2	94,6	111,9	111,8	x	x
4.	Ośrodki Monaru						
4.1	Zakłady (podmiot)	1	1	25	26	4,0	3,8
4.2	Łóżka (szt.)	35	44	1 084	1 087	3,2	4,0
4.3	Leczeni (osoba)	98	99	4 596	4 511	2,1	2,2
4.4	Osobodni (w tys.)	12,3	15,6	344,7	338,3	3,6	4,6
4.5	Średni pobyt chorego w dniach	125,1	157,5	75,0	75,0	x	x
5.	Zakłady opiekuńczo-lecznicze						
5.1	Zakłady (podmiot)	3	4	39	43	7,7	9,3
5.2	Łóżka (szt.)	531	640	3 798	4 006	14,0	16,0
5.3	Leczeni (osoba)	636	807	4 698	5 352	13,5	15,1
5.4	Osobodni (w tys.)	193,6	217,9	1 277,3	1 424,2	15,2	15,3
5.5	Średni pobyt chorego w dniach	304,4	270,0	271,9	266,1	x	x
6.	Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze						
6.1	Zakłady* (podmiot)	1	1	6	5	16,7	20,0
6.2	Łóżka (szt.)	24	30	371	321	6,5	9,3
6.3	Leczeni (osoba)	94	82	579	481	16,2	17,0
6.4	Osobodni (w tys.)	9,5	10,4	133,0	117,4	7,2	8,9
6.5	Średni pobyt chorego w dniach	101,3	126,2	299,8	244,0	x	x

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008, 2009 r.” GUS, Warszawa 2009, 2010 r. */bez Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Międzybrodziu Bialskim i Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu, **/bez Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień w Gliwicach oraz Ośrodka Rehabilitacyjnego dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych „Wapienica” w Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Bielsku-Białej,

2. Zasoby opieki psychiatrycznej w województwie śląskim

2.1 Lecznictwo stacjonarne.

2.1.1 Zasoby psychiatrycznej opieki stacjonarnej w województwie śląskim.

W 2009 r. na terenie województwa śląskiego działało 25 zakładów psychiatrycznej opieki stacjonarnej, o łącznej liczbie 3 707 łóżek rzeczywistych (8 łóżek na 10 tys. mieszkańców) oraz 13 oddziałów psychiatrycznych znajdujących się w szpitalach ogólnych, z łączną liczbą 499 łóżek rzeczywistych i 151 miejscami dziennymi. Psychiatryczną opiekę stacjonarną tworzyło w regionie 7 szpitali, 3 ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, 4 zakłady opiekuńczo-lecznicze, 1 zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i 10 ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od środków psychoaktywnych.

Tabela 3

**Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej oraz oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych w województwie śląskim w latach 2005–2009
(stan w dniu 31.XII.)**

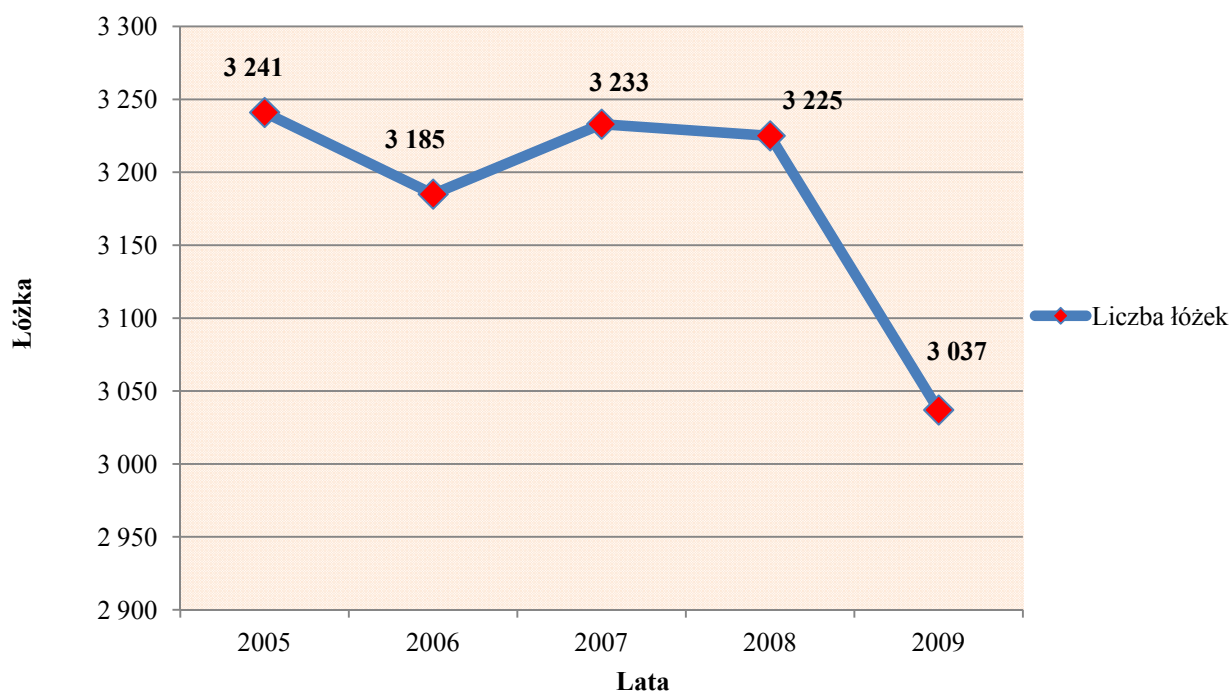
Lp.	Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009
1.	Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej					
1.1	Liczba zakładów (zakład)*	20	19	19	20	20
1.2	Liczba łóżek ogółem (łożko)	3 241	3 185	3 233	3 225	3 037
	• na 10 000 ludności	6,9	6,8	6,9	6,9	6,5
1.3	Chorzy leczeni ogółem (osoba)**	27 418	27 248	27 136	27 986	27 150
	• na 10 000 ludności	58,4	58,3	58,2	60,2	58,5
1.4	Średnie wykorzystanie łóżek (dzień)**	322,0	321,6	318,7	322,2	332,1
	• w %	88,2	88,1	87,3	88,3	91,0
1.5	Średnia długość pobytu w zakładzie (dzień)**	38,0	37,6	37,7	36,7	37,5
1.6	Liczba leczonych na 1 łóżko (osoba)**	8,5	8,6	8,4	8,8	8,9
2.	Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych					
2.1	Liczba oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (oddział)	12	13	13	13	13
2.2	Liczba łóżek ogółem (łożko)	508	538	504	504	499
	• dla dzieci do lat 18	20	20	20	20	20
	• na 10 000 ludności	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1
2.3	Leczeni ogółem (osoba)	7 006	6 984	6 847	6 854	6 941
	• dla dzieci do lat 18	215	231	220	164	186
2.4.	Średni pobyt chorego w dniach (dzień)	24,0	24,8	24,7	26,3	26,3

*Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2009 r.(wybrane dane)”, Katowice, 2010 r., */bez zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, **rok 2008 r. bez Ośrodka Rehabilitacyjnego dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych „WAPIENICA” w Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Bielsku-Białej oraz Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, GUS, Warszawa 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 r.*

W latach 2005-2009 w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej (do 2007 r. zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o charakterze psychiatrycznym prezentowane były łącznie z zakładami opieki długoterminowej o charakterze ogólnym) województwa, liczba łóżek spadła o 204 łóżka, obniżył się również średni pobyt pacjenta w tego typu zakładach. Długość pobytu pacjenta w 2005 r. wynosiła 38 dni i zmniejszyła się do 37,5 w roku 2009 (najkrótsza średnia pobytu chorego w zakładzie – 36,7 dni w roku 2008). Średnie wykorzystanie łóżek w okresie 2005–2009 wzrosło o 2,8%. W analogicznym okresie czasu zmalała liczba chorych leczonych z 27 418 pacjentów w 2005 r. do 27 150 pacjentów w roku 2009, wskaźnik chorych na 10 tys. ludności utrzymywał się na podobnym poziomie i wynosił w 2005 r. 58,4 osoby oraz 58,5 osoby w roku 2009.

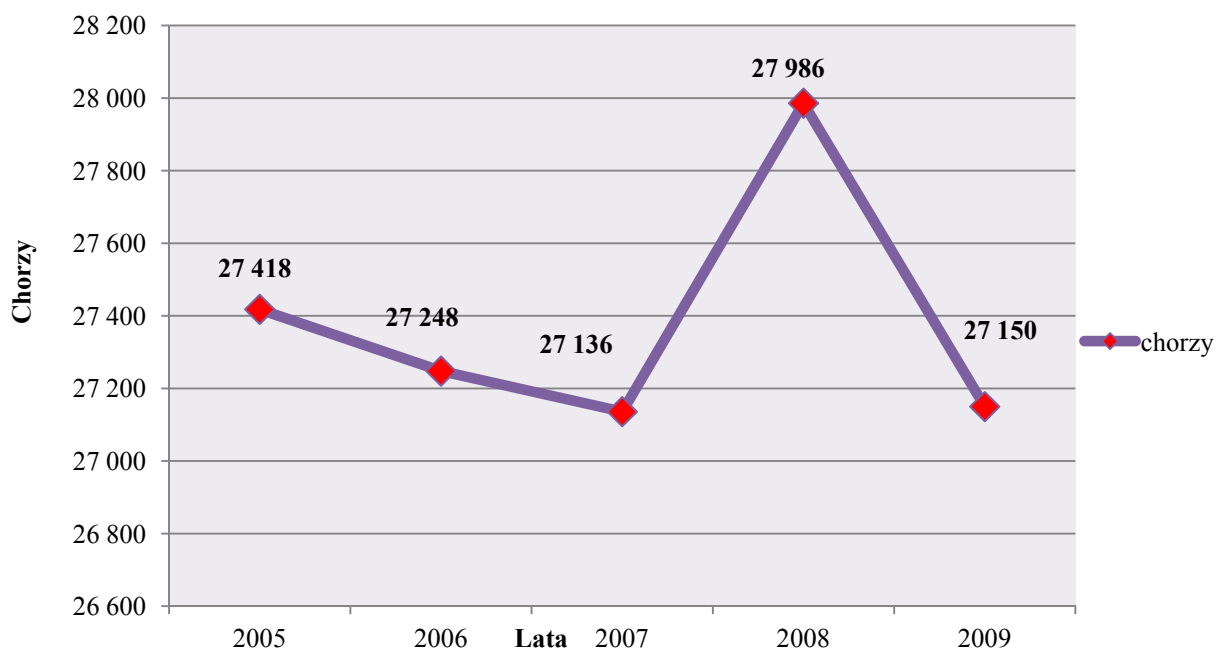
Wykres 4

Liczba łóżek w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego w latach 2005-2009 (łóżko) (stan w dniu 31.XII.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2009 r.(wybrane dane)”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

**Liczba chorych w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej
województwa śląskiego w latach 2005-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2009 r. (wybrane dane)”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

Wśród zakładów psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa* wyróżnia się:

- A. 7 szpitali psychiatrycznych.
- B. 13 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.
- C. 3 ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego.
- D. 10 ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
- E. 4 zakłady opiekuńczo-lecznicze.
- F. 1 zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

*/W 2009r. wg GUS liczba ta wynosi 21 zakładów, dane obejmują: 5 szpitali psychiatrycznych i 7 ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od środków psychoaktywnych, 3 ośrodki odwykowego leczenia alkoholowego, 4 zakłady opiekuńczo-lecznicze, 1 zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

A. Szpitale psychiatryczne:

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.
2. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu.
3. Szpital Psychiatryczny w Toszku.
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Psychiatrii w Katowicach.
5. Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Bielsku-Białej.
6. Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu.
7. Oddział Szpitalny Psychiatryczny w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Międzybrodziu Bialskim.

Wszystkie szpitale psychiatryczne na terenie województwa śląskiego są zakładami publicznymi. Największym szpitalem w województwie śląskim jest SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. Do grupy największych szpitali psychiatrycznych w regionie zalicza się również Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu z 629 miejscami oraz Szpital Psychiatryczny w Toszku z liczbą 586 łóżek. Na terenie województwa znajduje się jeden szpital psychiatryczny dla dzieci, jest nim Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu, posiadający 36 łóżek. Ogólna liczba miejsc rzeczywistych w szpitalach psychiatrycznych w regionie to 2 471 łóżek, natomiast liczba miejsc dziennego pobytu wynosi 159 łóżek.

Tabela 4

Szpitale psychiatryczne w województwie śląskim w latach 2008 - 2009 (stan w dniu 31.XII.)

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba łóżek (rzeczywiste)		Liczba miejsc (dienne)	
		2008	2009	2008	2009
1.	SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	1 031	835	35	35
2.	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu	629	629	-	-
3.	Szpital Psychiatryczny w Toszku	586	586	-	-
4.	SP ZOZ Centrum Psychiatrii w Katowicach	275	283	50	50
5.	Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Bielsku-Białej	70	70	64	64
6.	Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu	36	36	10	10

7.	Oddział Szpitalny Psychiatryczny w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Międzybrodziu Bialskim*	32	32	-	-
OGÓŁEM		2 659	2 471	159	159

*Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2008, 2009 r.”, Katowice 2009, 2010 r., */W 2009 r. Zakład zmienił nazwę z Państwowego Zakładu Opiekuńczo-Lecznym na Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Lecznym w Międzybrodziu Bialskim*

SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku - szpital świadczy wszechstronną pomoc w zakresie psychiatrii i neurologii, służącą poprawie jakości życia w chorobie, z uwzględnieniem działań na rzecz kształtowania właściwych postaw środowiska wobec chorych psychicznie i promocji zdrowia psychicznego. Placówka dysponuje 35 oddziałami o łącznej liczbie 835 łóżek. Organem założycielskim szpitala jest Samorząd Województwa Śląskiego.

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu – specjalistyczny szpital zajmujący się leczeniem i poradnictwem w zakresie chorób psychicznych, a także neurologicznych i terapii uzależnień, szczególnie alkoholowych. Jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, dla którego organem założycielskim jest Samorząd Województwa Śląskiego. Podstawowym celem szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu: stacjonarnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, diagnostyki medycznej oraz profilaktyki i promocji zdrowia.

Szpital Psychiatryczny w Toszku – szpital jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, realizuje świadczenia zdrowotne dla osób uprawnionych do bezpłatnej opieki zdrowotnej, zamieszkałych na terenie województwa śląskiego oraz opolskiego. Celem zakładu jest udzielanie świadczeń medycznych, zapobieganie powstawaniu i rozpowszechnianiu zaburzeń psychicznych oraz szerzenie oświaty zdrowotnej. Do zadań placówki należy sprawowanie kompleksowej opieki psychiatrycznej, stacjonarnej i niestacjonarnej, nad osobami powyżej 18. roku życia z zaburzeniami psychicznymi, w tym między innymi: prowadzenie kompleksowej diagnostyki zaburzeń psychicznych, kompleksowe leczenie zaburzeń psychicznych uznanymi metodami farmakologicznymi oraz psychologicznymi, rehabilitację chorych psychicznie mającą na celu poprawę ich funkcjonowania oraz prowadzenie detoksykacji i rehabilitacji osób uzależnionych od alkoholu. Organem założycielskim jednostki jest Samorząd Województwa Śląskiego.

Centrum Psychiatrii w Katowicach - jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, którego organem założycielskim jest Samorząd Województwa Śląskiego. W skład zakładu wchodzi

pięć oddziałów psychiatrycznych, w tym oddział psychiatryczny zaburzeń afektywnych i nerwicowych. Centrum świadczy również pomoc w zakresie leczenia alkoholowego, chorzy leczeni są na oddziale terapii uzależnień od alkoholu oraz oddziale detoksykacyjnym.

Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Bielsku-Białej – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, którego organem założycielskim jest Rada Powiatu w Bielsku-Białej. Zespół swoją działalnością obejmuje teren województwa śląskiego. Celem jednostki jest sprawowanie opieki zdrowotnej w dziedzinie psychiatrii i uzależnień, w szczególności udzielanie świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych w zakresie psychiatrii i uzależnień w formie ambulatoryjnej oraz w strukturach stacjonarnych i pośrednich.

Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu – ośrodek jest specjalistyczną placówką medyczną, która zajmuje się kompleksową diagnozą i terapią pacjentów z wybranymi problemami emocjonalnymi. Placówka prowadzi stacjonarny oraz dzienny oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży, działający w zasięgu ogólnopolskim. Schorzenia pacjentów leczy się między innymi takimi metodami jak: psychoterapia indywidualna i grupowa. Zadaniem ośrodka jest indywidualna i kompleksowa terapia dzieci oparta na współpracy i wzajemnym zaufaniu w celu podniesienia jakości ich życia. Jednostka organizacyjna powołana przez Samorząd Województwa Śląskiego.

Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Międzybrodziu Bialskim - samodzielny publiczny zakład opiekuńczo-leczniczy, którego organem założycielskim jest Samorząd Województwa Śląskiego. Zakład świadczy usługi w formie ambulatoryjnej i stacjonarnej. Szpitalny oddział psychiatrii ogólnej dysponuje 32-ma łózkami i zapewnia leczenie stacjonarne dla rejonu powiatu żywieckiego. W 2009 r. zakład zmienił nazwę z Państwowego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego na Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy.

B. Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych:

1. Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej (oddział psychiatryczny ogólny oraz oddział dzienny psychiatryczny).
2. Szpital Miejski nr 2 w Rudzie Śląskiej (oddział psychiatryczny ogólny oraz oddział dzienny psychiatryczny).
3. Szpital Miejski w Sosnowcu (oddział psychiatryczny ogólny oraz oddział dla chorych somatycznie).
4. Szpital Miejski Nr 2 w Świętochłowicach (oddział psychiatryczny ogólny).

5. Szpital Miejski im dr Wiśniewskiego w Czeladzi (oddział psychiatryczny ogólny oraz oddział dzienny psychiatryczny).
6. Szpital Śląski w Cieszynie (oddział psychiatryczny ogólny).
7. Wielospecjalistyczny szpital Rejonowy w Tarnowskich Górach (oddział psychiatryczny ogólny).
8. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu (oddział psychiatryczny ogólny oraz oddział dzienny psychiatryczny).
9. Szpital Specjalistyczny w Chorzowie (oddział psychiatryczny ogólny oraz oddział dzienny psychiatryczny).
10. Wojewódzki Szpital Zespolony w Częstochowie (oddział psychiatryczny ogólny oraz oddział dzienny psychiatryczny).
11. Centrum Pediatrii im JP II w Sosnowcu (oddział psychiatryczny dla dzieci oraz oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży).
12. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7 Górnośląskie Centrum Medyczne Śl. U. M. w Katowicach (oddział psychiatryczny ogólny oraz oddział dzienny psychiatryczny i oddział dzienny zaburzeń nerwicowych).

W roku 2009 na terenie województwa śląskiego 12 szpitali ogólnych posiadało w swej strukturze oddziały psychiatryczne. Wśród wszystkich działających w regionie oddziałów psychiatrycznych, 13 z nich pełniło funkcję oddziałów całodobowych, 10 z kolei pracowało w formie oddziałów dziennych (8 oddziałów dziennych psychiatrycznych, 1 oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży i 1 oddział dzienny zaburzeń nerwicowych). Spośród całodobowych oddziałów psychiatrycznych, znajdujących się w szpitalach ogólnych województwa 11 to oddziały psychiatryczne ogólne, 1 oddział psychiatryczny dla dzieci, 1 oddział dla chorych somatycznie. Liczba łóżek rzeczywistych na wszystkich oddziałach psychiatrycznych wyniosła 499 łóżek, z kolei liczba miejsc dziennych 151. W porównaniu z rokiem 2008 zmniejszeniu uległa ogólna liczba łóżek w znajdujących się oddziałach psychiatrycznych ogólnych (spadek 5 łóżek w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie), wzrosła natomiast liczba łóżek w oddziałach dziennych psychiatrycznych. Pomimo utworzenia w Szpitalu Śląskim w Cieszynie nowego oddziału dziennego (z liczbą 12 miejsc) niski przyrost miejsc dziennych to skutek zmniejszenia ich w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie (spadek o 3 łóżka), dało to w efekcie w całym województwie wzrost zaledwie 9 łóżek dziennych. Łączna liczba łóżek znajdujących się na oddziałach psychiatrycznych ogólnych wyniosła w 2009 r. 444 łóżka, w oddziale dla chorych somatycznie 35 łóżek, natomiast w oddziale psychiatrycznym dla dzieci w Centrum Pediatrii w Sosnowcu 20 łóżek. Na oddziałach dziennych 124 miejsca funkcjonowały w oddziałach

psychiatrycznych ogólnych, 15 na oddziale dziennym psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży w Centrum Pediatrii im JP II w Sosnowcu, natomiast 12 miejsc na oddziale dziennym zaburzeń nerwicowych w Górnośląskim Centrum Medycznym Śl. U. M. w Katowicach. W oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych województwa śląskiego, prowadzone są różnorodne formy leczenia. Pacjenci mają w większości oddziałów, ustalony indywidualny sposób prowadzenia leczenia oraz indywidualne programy terapeutyczne, które dostosowane są do potrzeb i rodzajów zaburzeń osób chorych. Najczęściej stosowanymi procedurami terapeutycznymi oraz zajęciami na oddziałach psychiatrycznych są: diagnostyka psychologiczna, psychoterapia grupowa indywidualna, techniki relaksacyjne, terapia zajęciowa, terapia ruchowa, psychoedukacja, trening umiejętności społecznych, trening komunikacji, trening uzgodnień i trening rozwiązywania problemów.

Tabela 5

**Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych w województwie śląskim w latach 2008-2009
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba łóżek (rzeczywiste)		Liczba miejsc (dienne)	
		2008	2009	2008	2009
1.	Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny • oddział dzienny psychiatryczny 	60 -	60 -	- 10	- 10
2.	Szpital Miejski nr 2 w Rudzie Śląskiej				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny • oddział dzienny psychiatryczny 	30 -	30 -	- 15	- 15
3.	Szpital Miejski w Sosnowcu				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny • oddział dla chorych somatycznie 	26 35	26 35	- -	- -
4.	Szpital Miejski Nr 2 w Świętochłowicach				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny 	32	32	-	-
5	Szpital Miejski im dr Wiśniewskiego w Czeladzi				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny • oddział dzienny psychiatryczny 	60 -	60 -	- 20	- 20
6.	Szpital Śląski w Cieszynie				

	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny • oddział dzienny psychiatryczny 	50	50	-	-
		-	-	-	12
7.	Wielospecjalistyczny szpital Rejonowy w Tarnowskich Górach				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny 	60	60	-	-
8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny • oddział dzienny psychiatryczny 	31	31	-	-
		-	-	20	20
9.	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny • oddział dzienny psychiatryczny 	45	40	-	-
		-	-	15	12
10.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Częstochowie				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny • oddział dzienny psychiatryczny 	25	25	-	-
		-	-	25	25
11.	Centrum Pediatrii im JP II w Sosnowcu				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny dla dzieci • oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży 	20	20	-	-
		-	-	15	15
12.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7 Górnośląskie Centrum Medyczne Śl. U. M. w Katowicach				
	<ul style="list-style-type: none"> • oddział psychiatryczny ogólny • oddział dzienny psychiatryczny • oddział dzienny zaburzeń nerwicowych 	30	30	-	-
		-	-	10	10
		-	-	12	12
OGÓŁEM		504	499	142	151

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2008 r. i 2009 r.”, Katowice 2008 i 2009 r.

C. Ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego:

1. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnienia w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego i Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Gorzycach.
2. Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach (w likwidacji) .
W roku 2011 zakład przekształcił się i nosi nazwę Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Terapii Uzależnień w Parzymiechach.
3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Leczenia Uzależnień „OLU–Podbeskidzie” w Żywcu.

Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzą stacjonarne i niestacjonarne zakłady leczenia odwykowego oraz inne zakłady opieki zdrowotnej. Zakłady leczenia odwykowego wchodziły w skład systemu opieki zdrowotnej jako komórki organizacyjne zoz lub jako samodzielne zakłady opieki zdrowotnej. Zakładami leczenia odwykowego są: obwodowa poradnia odwykowa, wojewódzka przychodnia odwykowa, oddział detoksykacyjny, oddział odwykowy, dzienny lub nocny oddział odwykowy, ośrodek leczenia odwykowego. Stacjonarnymi zakładami leczenia odwykowego są oddziały odwykowe i detoksykacyjne. W skład zakładów leczenia odwykowego mogą wchodzić hostele dla osób, które przeszły intensywne leczenie odwykowe. Zakłady leczenia odwykowego współdziałają z zakładami pracy chronionej (ZPCH), w których zatrudniane są osoby uzależnione od alkoholu. W sprawowaniu opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami uzależnionymi od alkoholu uczestniczą, placówki podstawowej opieki zdrowotnej, szpitale oraz jednostki organizacyjne pomocy społecznej. Oddziały detoksykacyjne i oddziały odwykowe wchodziły w skład szpitali psychiatrycznych lub ogólnych, ośrodków leczenia odwykowego albo innych zakładów opieki stacjonarnej. Do zadań oddziału detoksykacyjnego należy udzielanie świadczeń leczniczo-zapobiegawczych w zakresie przewidzianym dla oddziałów szpitalnych, w szczególności: detoksykacja, nawiązanie kontaktu terapeutycznego z pacjentem i środowiskiem jego zamieszkania, pracy lub nauki oraz z jego rodziną, podjęcie wstępnych oddziaływań terapeutycznych, zapewnienie pacjentom dalszego leczenia lub opieki w placówce leczniczej, rehabilitacyjnej lub opiekuńczej. Do zadań oddziału odwykowego należy udzielanie świadczeń leczniczo-zapobiegawczych w zakresie przewidzianym dla oddziałów szpitalnych, z uwzględnieniem postępowania psychoterapeutycznego i socjoterapeutycznego, a ponadto: organizowanie i udzielanie pacjentom pomocy w rozwiązywaniu ich spraw życiowych, zapewnienie pacjentom dalszego leczenia albo opieki w odpowiedniej placówce leczniczej, rehabilitacyjnej lub opiekuńczej. Oddział odwykowy dzienny jest przeznaczony dla pacjentów czasowo niezdolnych do pracy lub niepracujących, wymagających kontrolowanego leczenia w warunkach częściowej hospitalizacji. Do zadań oddziału odwykowego dziennego należy

udzielanie świadczeń zapobiegawczo-leczniczych i rehabilitacyjnych, z zapewnieniem pacjentom odpowiednich warunków bytowych i środowiskowych. Oddziały odwykowe nocne są tworzone jako komórki organizacyjne stacjonarnych zakładów leczenia odwykowego. Oddział odwykowy nocny przeznaczony jest dla pacjentów wykonujących pracę zawodową, wymagających takich warunków do prowadzenia leczenia odwykowego, które nie są możliwe w ich miejscu zamieszkania. Ośrodek leczenia odwykowego tworzy się jako zoz albo jako komórkę organizacyjną szpitala lub zespołu specjalistycznego dla nerwowo i psychicznie chorych. W skład ośrodka leczenia odwykowego wchodzi: oddział lub oddziały detoksykacyjne, oddział lub oddziały odwykowe, a ponadto w zależności od warunków miejscowych poradnia odwykowa, oddziały odwykowe dzienne i nocne oraz hostel. Ośrodek leczenia odwykowego tworzy się w miastach liczących powyżej 100 tys. mieszkańców oraz w innych miejscowościach, w których pozwalają na to warunki. Ośrodek leczenia odwykowego jako samodzielny zakład opieki zdrowotnej jest tworzony przez terenowy organ administracji państwowej stopnia wojewódzkiego.

Hostele tworzone są jako komórki organizacyjne zakładów leczenia odwykowego. Do zadań hostelu należy udostępnienie pacjentom, którzy przeszli intensywne leczenie odwykowe, tymczasowego zakwaterowania do czasu usamodzielnienia się albo uzyskania miejsca w domu pomocy społecznej. Hostel prowadzi program leczniczo-rehabilitacyjny lub korzysta z zajęć organizowanych przez inną komórkę organizacyjną zakładu lecznictwa odwykowego.

Stacjonarne ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego w województwie śląskim posiadają 264 łóżka rzeczywiste oraz 75 miejsc pobytu dziennego. Największym ośrodkiem leczenia odwykowego w województwie śląskim jest Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach o łącznej liczbie 135 łóżek. Dużym ośrodkiem jest również Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach (w likwidacji). Zadaniem ośrodków jest udzielanie całodobowych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób z zaburzeniami stanu zdrowia, spowodowanymi użyciem alkoholu. Ośrodki te realizują programy terapii uzależnień, które przygotowują pacjenta do kontynuowania leczenia w programie ambulatoryjnym. Okres leczenia w zależności od jednostki trwa od 5-8 tygodni.

Tabela 6

**Ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego w województwie śląskim w latach 2008-2009
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba łóżek (rzeczywiste)		Liczba miejsc (dienne)	
		2008	2009	2008	2009
1.	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnienia w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego i Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Gorzycach	135	135	-	-
2.	Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach (w likwidacji)	118	118	15	15
3.	NZOOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień „OLU- Podbeskidzie” w Żywcu	11	11	60	60
OGÓŁEM		264	264	75	75

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2008, 2009 r.”, Katowice 2009, 2010 r.

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gorzycach (zakład leczenia odwykowego) - jest jednostką organizacyjną Wojewódzkiego Ośrodka Odwykowego i Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego w Gorzycach. Ośrodek jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej o profilu psychiatrycznym, dla którego funkcję organu założycielskiego pełni Samorząd Województwa Śląskiego. Zakład wykonuje zadania dotyczące koordynacji w województwie śląskim pracy zakładów leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych (nadzór procesów podnoszenia kwalifikacji personelu, udzielanie konsultacji, gromadzenie danych statystycznych). Leczenie w ośrodku odbywa się na oddziale przyjęć i leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, dysponującym 35 miejscami, udzielającym całodobowych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób z zaburzeniami stanu zdrowia, spowodowanymi użyciem alkoholu oraz trzech oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu, które dysponują w sumie 100 miejscami. W ramach postępowania terapeutycznego realizowana jest w nim m.in. nauka radzenia sobie z głodem alkoholowym i zapobieganie nawrotom choroby, farmakologiczne wspieranie wydłużania abstynencji oraz przygotowanie pacjenta do kontynuowania terapii w programie ambulatoryjnym.

Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach (w likwidacji) - ośrodek jest zakładem leczenia odwykowego. Prowadzi terapię uzależnienia od alkoholu na dziennym oddziale terapii uzależnienia od alkoholu oraz oddziale leczenia alkoholowych zespołów. Terapia w ośrodku trwa około 8 tygodni, zajęcia grupowe i indywidualne prowadzone są przez wykwalifikowany zespół terapeutyczny i medyczny. Ośrodek oferuje leczenie alkoholizmu oraz kompleksową terapię

zaburzeń z kręgu uzależnień. Organem założycielskim dla ośrodka jest Samorząd Województwa Śląskiego. Od 1 grudnia 2010 r. zakład w likwidacji. Na bazie jego majątku powstała spółka pracownicza, która od 1 marca 2011 r. funkcjonuje jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej „Ośrodek Terapii Uzależnień”. Organem założycielskim jest „Ośrodek Terapii Uzależnień” Sp. z o.o. W nowej formule ośrodek przejął wszystkie funkcje, obowiązki i prawa dotychczasowego OTUA, w tym także finansowanie przez NFZ.

NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień „OLU-Podbeskidzie” w Żywcu – niepubliczny zakład utworzony przez Śląską Fundację ETOH-Błękitny Krzyż*. Ośrodek ma charakter samopomocowy, a jego głównym celem jest pomoc osobom uzależnionym oraz ich rodzinom poprzez pomoc socjalną i opiekę społeczną. Ośrodek prowadzi terapię na oddziałach: dziennym odwykowym, oddziale leczenia zespołów abstynencyjnych, oddziale detoksykacyjnym. Z 60 łóżek dziennych 40 z nich znajdowało się w Miejskim Ośrodku Uzależnień w Bielsku-Białej, a 20 łóżek w Czechowicach-Dziedzicach.

D. Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych:

1. Centrum Leczenia Uzależnień Górnośląskiego Stowarzyszenia „FAMILIA” w Gliwicach.
2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MONAR” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny w Dębowcu (gmina Poraj).
3. Oddział Terapii dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zespołami Psychotycznymi w Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień FAMILIA w Gliwicach.
4. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Lecznictwa Odwykowego „SZANSA” w Pławniowicach.
5. Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Młodzieży Uzależnionej w Częstochowie.
6. Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych „Betania” w Mstowie.
7. Katolicki Ośrodek Wychowania i Resocjalizacji Młodzieży w Bielsku-Białej.
8. Katolicki Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży „Dom Nadziei” w Bytomiu.
9. Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych w Czechowicach-Dziedzicach przy Zespole Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach.

**/Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych*

10. Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych „WAPIENICA” w Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Bielsku-Białej.

W 2009 r. na terenie województwa śląskiego znajdowało się 10 ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, z łączną liczbą 302 łóżek rzeczywistych. Ośrodki są koedukacyjnymi placówkami, których program terapeutyczny skierowany jest dla osób uzależnionych od narkotyków. Spośród nich 3 placówki skierowane są do osób mających, problemy psychiatryczne (osób uzależnionych od narkotyków ze współistniejącymi chorobami psychicznymi), należą do nich: Centrum Leczenia Uzależnień Górnośląskiego Stowarzyszenia „FAMILIA” w Gliwicach, Oddział Terapii dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zespołami Psychotycznymi w Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień FAMILIA w Gliwicach oraz Katolicki Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży „Dom Nadziei” w Bytomiu. Celem głównym ośrodków jest przygotowanie pacjentów do podjęcia samodzielnego życia poza ośrodkiem. Do ośrodków przyjmowani są pacjenci pełnoletni, za wyjątkiem dwóch ośrodków rehabilitacyjnych: „MONAR” i „Betania”, do których przyjmowane są również uzależnione matki wraz z dziećmi. Terapia prowadzona w ośrodkach ukierunkowana jest na proces grupowy oraz indywidualny i trwa ponad 9 miesięcy. Głównym zadaniem pracowników ośrodków jest udzielanie pomocy pedagogicznej, psychologicznej i psychiatrycznej osobom uzależnionym. Placówki terapii uzależnień od środków psychoaktywnych na terenie województwa śląskiego są bardzo zróżnicowane pod względem oferty terapeutycznej, kwalifikacji personelu, środków materialnych, a przede wszystkim ilości świadczeń zakupionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Szczególnie rozbudowane są stacjonarne programy terapeutyczne dla osób uzależnionych od narkotyków. Wśród placówek rehabilitacyjnych tylko jedna znajduje się w strukturze publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Pozostałe stanowią niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest zazwyczaj organizacja pozarządowa.

Tabela 7

Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie śląskim w latach 2008–2009 (stan w dniu 31.XII.)

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba łóżek (rzeczywiste)		Liczba miejsc (dienne)	
		2008	2009	2008	2009
1.	Centrum Leczenia Uzależnień Górnośląskiego Stowarzyszenia „FAMILIA” w Gliwicach	57	57	10	10
2.	NZOZ "MONAR"-Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny w Dębowcu*	44	44	-	-

3.	Oddział Terapii dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zespołami Psychotycznymi Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień „FAMILIA” w Gliwicach	32	32	8	10
4.	NZOZ Zakład Lecznictwa Odwykowego „SZANSA” w Pławniowicach	30	30	-	-
5.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Młodzieży Uzależnionej w Częstochowie	30	30	-	-
6.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych „Betania” w Mstowie	28	28	-	-
7.	Katolicki Ośrodek Wychowania i Resocjalizacji Młodzieży w Bielsku-Białej	24	24	-	-
8.	Katolicki Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży „Dom Nadziei” w Bytomiu	24	24	-	-
9.	Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych w Czechowicach-Dziedzicach przy Zespole Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach	19	19	-	-
10.	Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych „WAPIENICA” w Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Bielsku-Białej	14	14	-	-
OGÓŁEM		302	302	18	20

*Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2008, 2009 r. ”, Katowice 2009, 2010 r., */wg GUS 35 łóżek rzeczywistych w 2008 , a w 2009r.- 44 łóżek rzeczywistych w województwie śląskim*

Centrum Leczenia Uzależnień Górnośląskiego Stowarzyszenia „FAMILIA” w Gliwicach oraz Oddział Terapii dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zespołami Psychotycznymi w Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień „FAMILIA” w Gliwicach - organem założycielskim dla obu jednostek jest Górnośląskie Stowarzyszenie „FAMILIA”. Jednostki prowadzą program terapii dla młodzieży uzależnionej od narkotyków mającej problemy psychiatryczne. Leczenie w oddziałach jest dobrowolne. Centrum Leczenia Uzależnień Górnośląskiego Stowarzyszenia "FAMILIA" świadczy usługi dla pacjentów od 18 do 40 roku życia. Czas trwania programu rehabilitacyjnego w ośrodku wynosi od 3. do 6. miesięcy. Pacjenci leczeni są na oddziale terapii uzależnień od środków psychoaktywnych. W trakcie leczenia mają możliwość korzystania z nauki szkolnej poza terenem ośrodka. W Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień „FAMILIA” przyjmowane są osoby od 18. roku życia. Pacjenci leczeni są w trybie stacjonarnym na oddziale dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi oraz w Ośrodku Leczenia Zespołów Abstynencyjnych od Substancji Psychoaktywnych. Rehabilitowanie pacjentów odbywa się w okresie 8-10 tygodni.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MONAR” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny w Dębowcu (gmina Poraj) – ośrodek realizuje i oferuje pomoc osobom pełnoletnim uzależnionym od narkotyków i leków uzależniających. Terapia prowadzona w ośrodku trwa od 12 do 24 miesięcy. Celem placówki jest socjalizacja uczestników, wyeliminowanie zachowań autoagresywnych i destrukcyjnych społecznie, wspomaganie rozwoju osobistego członków wspólnoty (edukacja szkolna i zdrowotna), poprawa funkcjonowania emocjonalnego poprzez stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i oparcia w grupie oraz uzyskanie wiedzy na temat mechanizmów obronnych, dającej możliwość radzenia sobie z nawrotami choroby. W trakcie leczenia istnieje możliwość kontynuacji nauki szkolnej na poziomie gimnazjalnym, ponadgimnazjalnym i wyższym. Program leczenia przewiduje także kształcenie i doskonalenie zawodowe. Organem założycielskim placówki jest organizacja pozarządowa Stowarzyszenie „MONAR”.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Lecznictwa Odwykowego „SZANSA” w Pławniowicach - podmiotem tworzącym zakład jest Stowarzyszenie Promocji Zdrowia i Trzeźwego Stylu Życia "SZANSA" w Gliwicach. Całodobowy stacjonarny ośrodek rehabilitacyjny oferuje pomoc osobom uzależnionym od narkotyków i substancji psychoaktywnych. W ośrodku leczą się ludzie młodzi w wieku 18-26 lat. Specyfiką placówki jest stosowany tzw. program postrehabilitacyjny (po odbyciu leczenia pacjenci nie tracą kontaktu z terapeutami, co pomaga im w osiągnięciu samodzielności). Leczenie trwa od 6 do 12 miesięcy. Celem ośrodka jest nauka życia bez narkotyków oraz samodzielności leczących się osób. Placówka prowadzi poradnictwo oraz psychoterapię dla osób uzależnionych i ich rodzin. Zakład przyjmuje również osoby zobowiązane przez sąd do leczenia w drodze probacji*.

Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Młodzieży Uzależnionej w Częstochowie - jest niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej powołanym przez Częstochowskie Towarzystwo Profilaktyki Społecznej. W ośrodku leczy się młodzież od 13 do 20 roku życia z terenu całej Polski. Okres rehabilitacji w zakładzie wynosi od 15 do 20 miesięcy. Usługi świadczone w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia są bezpłatne. W placówce wychowankowie realizują obowiązek szkolny na poziomie gimnazjalnym. Kadre ośrodka stanowią psycholodzy i pedagodzy (specjaliści terapii uzależnień), których głównym zadaniem jest udzielanie pomocy pedagogicznej, psychologicznej i psychiatrycznej dzieciom i młodzieży, pochodzącej z rodzin nie realizujących prawidłowo swoich funkcji wychowawczych, zagrożonej uzależnieniem od środków psychoaktywnych, przede wszystkim udzielanie pomocy i terapia młodzieży już uzależnionej od

**/Ogólna nazwa instytucji służących resocjalizacji i prewencji kryminalnej*

środków odurzających.

Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych „Betania” w Mstowie - podmiotem tworzącym zakład jest Archidiecezja Częstochowska. Ośrodek rehabilitacyjny dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych zajmuje się pomocą osobom uzależnionym od narkotyków. Zapewnia leczenie stacjonarne dla osób pełnoletnich uzależnionych od środków odurzających. Program terapii trwa od 12 do 15 miesięcy. Placówka przyjmuje również osoby zobowiązane przez sąd do leczenia w drodze probacji. Ośrodek zapewnia leczenie terapeutyczne polegające m.in. na budowaniu wspólnoty opartej na określonych prawach i zasadach wypracowanych przez pacjentów i kadrę. Leczenie prowadzone jest w formie terapii indywidualnej, zajęciowej, grupowej lub terapii rodzin.

Katolicki Ośrodek Wychowania i Resocjalizacji Młodzieży w Bielsku-Białej – niepubliczny zakład opieki zdrowotnej powołany przez Fundację Zapobiegania i Resocjalizacji Uzależnień „NADZIEJA”. Program terapeutyczny skierowany jest do dzieci i młodzieży między 13 a 18 rokiem życia, uzależnionej od środków psychotropowych, narkotyków i alkoholu. Terapia prowadzona jest w trybie stacjonarnym i trwa około 12 miesięcy. Ośrodek prowadzi również naukę szkolną na poziomie szkoły gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej.

Katolicki Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży „Dom Nadziei” w Bytomiu - oddział terapii i rehabilitacji dla młodzieży (14-21 lat) uzależnionej od substancji psychoaktywnych z podwójną diagnozą (zaburzenia typu schizofrenii, zaburzenia afektywne, zaburzenia nerwicowe i inne). Ośrodek założony przez organizację pożytku publicznego - Fundację „Dom Nadziei” w Bytomiu. Czas terapii w systemie całodobowym i stacjonarnym trwa od 9 do 12 miesięcy. Leczenie prowadzone jest metodą społeczności terapeutycznej. Obok zajęć, takich jak terapia grupowa, indywidualna oraz rodzinna, pacjenci uczestniczą w terapii zajęciowej. Terapia prowadzona jest przez wykwalifikowanych pracowników: specjalistów i instruktorów terapii uzależnień, psychologa oraz psychoterapeutę. Pacjenci są pod opieką lekarzy psychiatrów, w tym ze specjalizacją z psychiatrii dzieci i młodzieży oraz internisty. Proces terapii jest poddawany regularnej superwizji. W trakcie leczenia pacjenci mogą kontynuować naukę na wszystkich poziomach szkolnictwa. Obowiązek szkolny realizowany jest w formie nauczania indywidualnego.

Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych w Czechowicach-Dziedzicach przy Zespole Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach - jednostka organizacyjna powołana przez Samorząd Województwa Śląskiego.

Ośrodek zajmuje się leczeniem osób w wieku od 18-50 roku życia, przyjmuje pacjentów z całego kraju, również osoby zobowiązane przez sąd do leczenia w drodze probacji. Terapia i rehabilitacja osób uzależnionych od narkotyków trwa od 7-12 miesięcy i ukierunkowana jest na proces grupowy i indywidualny. Pacjentami zajmuje się zespół terapeutyczny składający się z psychologów, pedagogów terapii uzależnień, instruktorów oraz psychiatrów.

Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych „WAPIENICA” w Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Bielsku-Białej - organem prowadzącym ośrodek jest Rada Powiatu w Bielsku-Białej. Ośrodek prowadzi rehabilitację osób uzależnionych od środków psychoaktywnych (narkotyków) w wieku od 18 do 45 lat. Okres terapii trwa 12 miesięcy. Głównym celem rehabilitacji w ośrodku jest przygotowanie osoby uzależnionej do samodzielnego życia w społeczeństwie bez używania narkotyków, poprzez prace nad pogłębieniem rozumienia siebie i rozpoznawania psychologicznych mechanizmów uzależnienia oraz rozwijania umiejętności interpersonalnych. Rehabilitacja osób uzależnionych obejmuje m.in. leczenie somatyczne, terapię uzależnienia, psychoterapię osoby uzależnionej i psychoedukację.

E. Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne:

1. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Gorzycach w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego i Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Gorzycach.
2. Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Międzybrodzu Bialskim.
3. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr Emila Cyrana w Lublińcu.

Zakłady ukierunkowane są na udzielanie całodobowych świadczeń opiekuńczo-leczniczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Zapewniają pacjentom nie tylko pielęgnację, opiekę i rehabilitację, ale także odpowiednie do stanu zdrowia warunki mieszkaniowe. W zakładach prowadzona jest również edukacja zdrowotna pacjentów i członków ich rodzin.

Tabela 8

**Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne w województwie śląskim w latach 2008—2009
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba łóżek (rzeczywiste)		Liczba miejsc (dienne)	
		2008	2009	2008	2009
1.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Gorzycach w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego i Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Gorzycach	211	210	-	-
2.	Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Międzybrodzu Bialskim*	200	200	-	-
3.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr Emila Cyrana w Lublińcu	120	120	-	-
4.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	-	110	-	-
OGÓŁEM		531	640	-	-

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2008, 2009 r.”, Katowice 2009, 2010 r.,/W 2009 r. Zakład zmienił nazwę z Państwowego na Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Międzybrodzu Bialskim*

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Gorzycach - zakład jest częścią jednostki organizacyjnej Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Odwykowego i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Gorzycach. Placówka dysponuje 210 miejscami dla osób płci męskiej od 12 lat. W oddziałach opiekuńczo-leczniczych osoba chora przebywać może na stałe lub czasowo. Zadaniem ośrodka jest objęcie całodobową opieką osób, które mają ukończony proces diagnozowania lub są po leczeniu szpitalnym i nie wymagają dalszej hospitalizacji, jednak z powodu niepełnosprawności, braku możliwości samodzielnego bytowania i uwarunkowań społecznych nie mogą przebywać w środowisku domowym. Do głównych działań oddziałów należy udzielanie całodobowych świadczeń, które obejmują swoim zakresem podstawową opiekę lekarską, dostęp do konsultacji specjalistycznych, czynności pielęgnacyjne, edukacyjne, opiekuńcze i socjalne. Zakład organizuje również zajęcia rehabilitacyjne i kulturalno - rekreacyjne dla pensjonariuszy oddziałów opiekuńczo-leczniczych. Jednostka utworzona przez Samorząd Województwa Śląskiego.

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Międzybrodzu Bialskim - dysponuje 200-ma miejscami i swoim zakresem działania obejmuje głównie województwo śląskie. Rehabilitacja psychiatryczna na oddziale ukierunkowana jest na uzyskanie przez pacjentów jak największej samodzielności poprzez ćwiczenia procesów poznawczych, myślenia, koncentracji, uwagi i pamięci. W oddziale opiekuńczym stosowane są następujące procedury medyczne: diagnostyka psychiatryczna i psychologiczna, psychoterapia, socjoterapia czy terapia zajęciowa. Zakład powołany przez Samorząd Województwa Śląskiego.

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr Emila Cyrana w Lublińcu - zakład specjalizuje się w psychiatrii i rehabilitacji medycznej. Leczy między innymi organiczne zaburzenia psychiczne, włącznie z zespołami objawowymi, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych oraz upośledzenia umysłowe. Organem założycielskim jednostki jest Samorząd Województwa Śląskiego.

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku – udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych i obejmuje leczeniem osoby, które mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagające już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia wymagają stałego nadzoru lekarskiego i profesjonalnej rehabilitacji.

F. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne:

1. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Ośrodku Lecznico-Rehabilitacyjnym dla Dzieci „Kamieniec-Zbroślawice” w Kamieńcu.

Zadaniem zakładu jest pielęgnacja i kontynuacja leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne i nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają profesjonalnej pielęgnacji i opieki pielęgniarzkiej.

Tabela 9

**Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne w województwie śląskim
w latach 2008-2009
(stan na 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba łóżek (rzeczywiste)		Liczba miejsc (dienne)	
		2008	2009	2008	2009
1.	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Ośrodku Leczniczo-Rehabilitacyjnym dla Dzieci „Kamieniec-Zbroslawice” w Kamieńcu	24	30	-	-
OGÓŁEM		24	30	-	-

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2008, 2009 r.”, Katowice 2009, 2010 r.

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Ośrodku Leczniczo-Rehabilitacyjnym dla Dzieci „Kamieniec-Zbroslawice” w Kamieńcu - samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, którego organem założycielskim jest Samorząd Województwa Śląskiego. Zakład specjalizuje się w leczeniu następujących schorzeń: organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi, zaburzenia nastroju, upośledzenie umysłowe, zaburzenia rozwoju psychicznego, zaburzenia odżywiania.

2.1.2 Kadra medyczna i pozostały personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego.

Tabela 10

**Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego w latach 2007-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp .	Wyszczególnienie		Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy (osoba)			Pracujący w ramach umów cywilnoprawnych (osoba)			OGÓŁEM		
			2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
1.	Lekarze (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)		216	208	213	36	39	65	252	247	278
	w tym:	psychiatrzy I st.	12	7	11	6	6	6	18	13	17
		psychiatrzy II st. i specjaliści psychiatrzy (w nowym systemie jednostopniowym)	86	100	125	3	5	23	89	105	148
2.	Pielęgniarki		894	876	871	19	14	14	913	890	885
3.	Psycholodzy		113	113	125	2	4	2	115	117	127
4.	Specjaliści terapii uzależnień		83	85	92	6	5	18	89	90	110
5.	Instruktorzy terapii uzależnień		40	36	36	4	4	8	44	40	44
6.	Terapeuci zajęciowi		93	97	93	8	5	5	101	102	98
7.	Pracownicy socjalni		32	17	19	1	1	1	33	18	20
8.	Inni terapeuci		14	17	16	0	0	0	14	17	16
OGÓŁEM			1 485	1 449	1 465	76	72	113	1 561	1 521	1 578

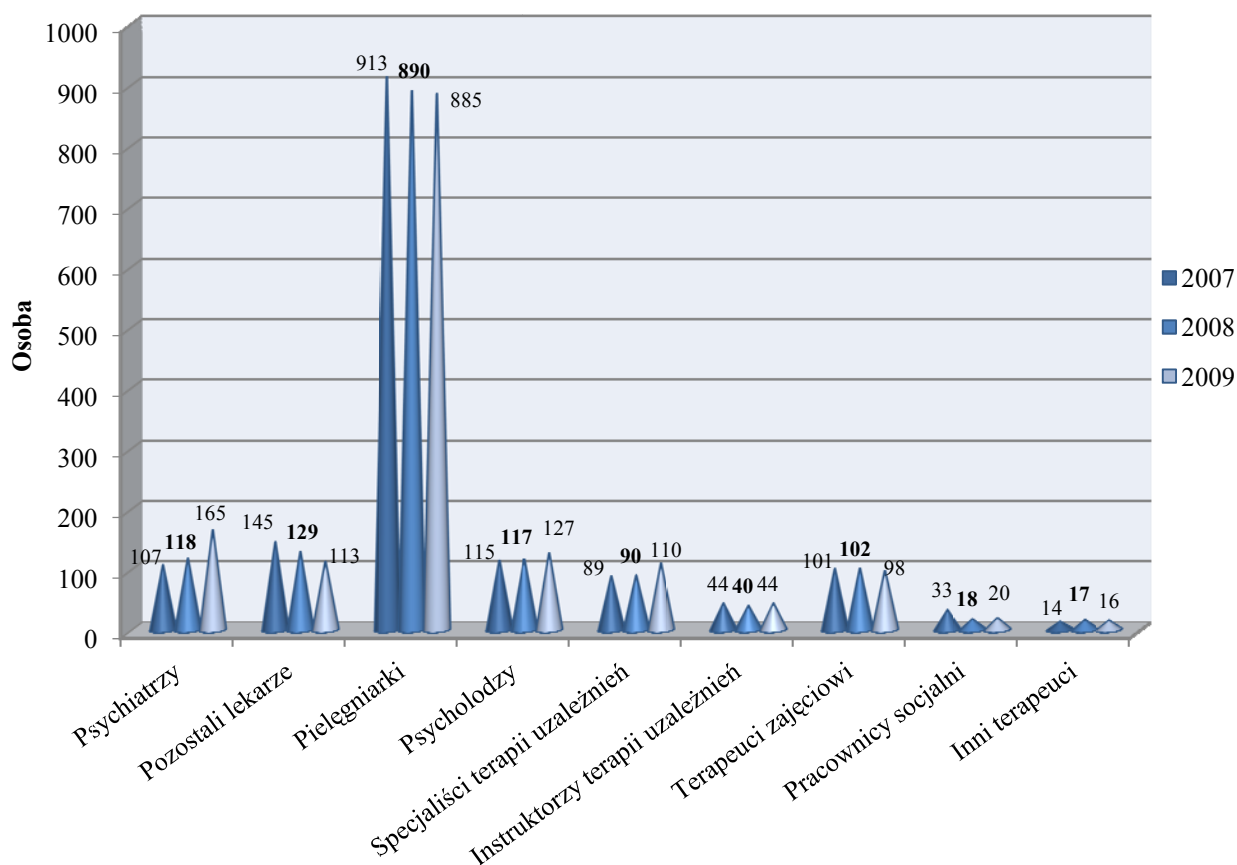
Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej „Ocena stanu psychicznego populacji w regionie śląskim - wskaźniki hospitalizacji 2008 oraz 2009r.”, Katowice 2009, 2010 r.

Zatrudnienie personelu w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej regionu (całodobowej) w 2009 r. wynosiło 1 578 osób, z tego 1 465 zatrudnionych było na podstawie stosunku pracy a 113 osób pracowało w ramach umów cywilnoprawnych. W jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa, zatrudnionych na podstawie stosunku pracy i umów cywilnoprawnych było 165 lekarzy psychiatrów I i II stopnia oraz specjalistów psychiatrii. Najliczniejszą grupę zawodową zatrudnioną w tego typu placówkach stanowiły pielęgniarki, których liczba wynosiła

885 osób. W 2009 r. liczba personelu w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej nieznacznie wzrosła w stosunku do lat poprzednich.

Wykres 6

**Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego w latach 2007-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

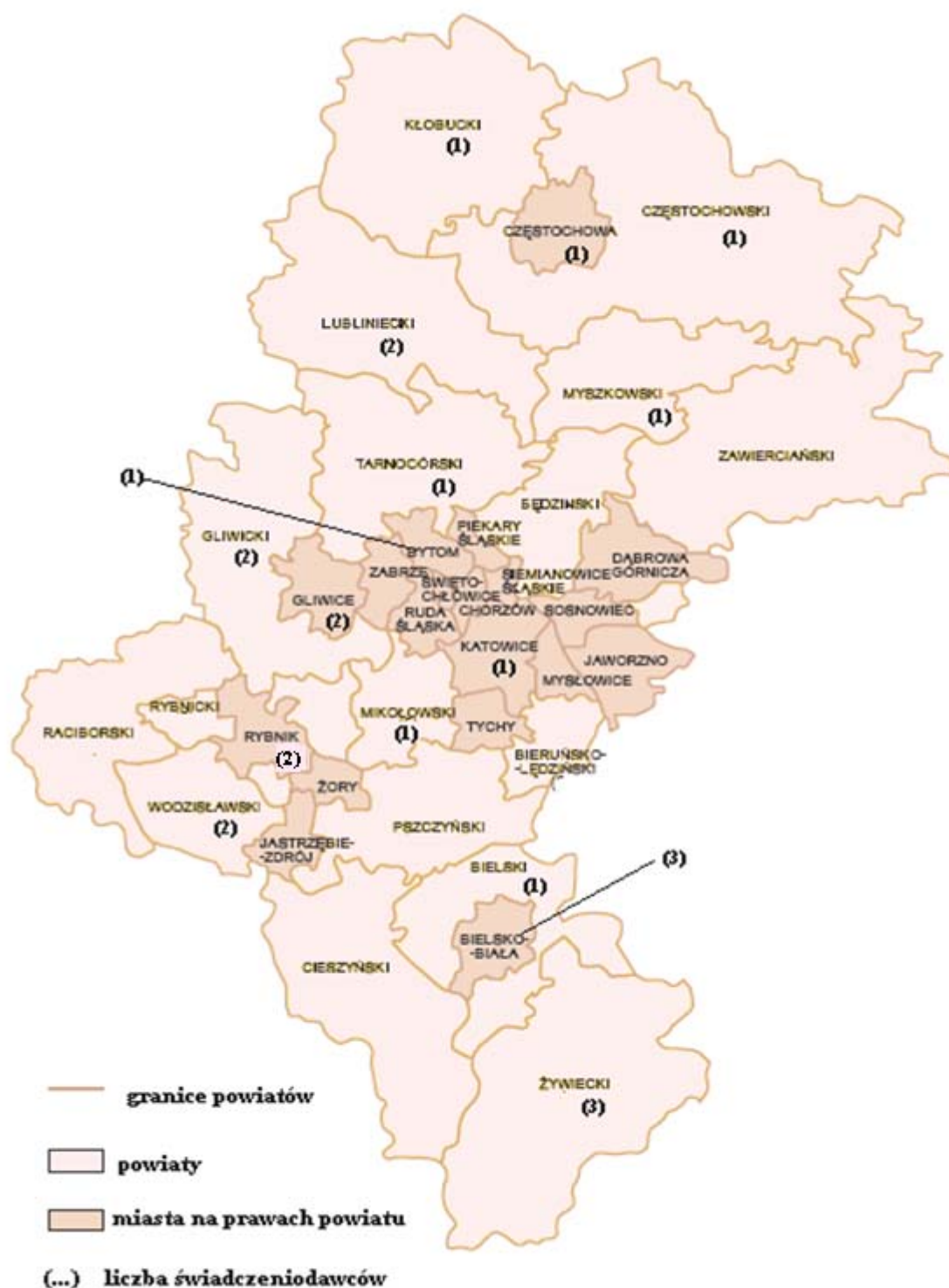


Personel działalności podstawowej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Ocena stanu psychicznego populacji w regionie śląskim - wskaźniki hospitalizacji 2008, 2009r.”, Katowice 2009,2010 r., Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2009, 2010 r.

W 2009 r. w porównaniu z rokiem 2008 wzrosło zatrudnienie lekarzy ogółem z 247 do 278 osób. Liczba lekarzy psychiatrii wzrosła o 47 osób, psychologów o 10 osób, a specjalistów terapii uzależnień o 20 osób. Niewielki wzrost dotyczył również instruktorów terapii uzależnień (o 4 osoby) oraz pracowników socjalnych (o 2 osoby). Spadło natomiast zatrudnienie pielęgniarek, terapeutów zajęciowych i innych terapeutów.

**Liczba świadczeniodawców z zakresu psychiatrycznej opieki stacjonarnej
i leczenia uzależnień w województwie śląskim w 2009 r.
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: „Stacjonarna Opieka Zdrowotna w Województwie Śląskim 2009”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Katowice 2010 r.

2.2 Lecznictwo ambulatoryjne.

2.2.1 Zasoby psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie śląskim.

Psychiatryczna opieka ambulatoryjna prowadzona jest w poradniach zdrowia psychicznego, specjalistycznych ośrodkach opieki ambulatoryjnej oraz wyspecjalizowanych zespołach opieki środowiskowej. Poradnie zdrowia psychicznego zajmują się leczeniem różnego rodzaju zaburzeń zdrowia psychicznego oraz zaburzeń zachowania (depresja, nerwica, schizofrenia). Pomoc udzielana jest w formie psychoedukacji, terapii indywidualnej oraz grupowej. Placówki kierują również pacjentów na leczenie do zakładów stacjonarnych. W poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży leczone są różnego rodzaju zaburzenia m.in.: zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia), zaburzenia zachowania i emocji u dzieci i młodzieży, depresje. Poradnie leczą także dzieci, które doświadczają trudności w kontaktach i porozumiewaniu się z rówieśnikami oraz mają trudności szkolne. Do zadań poradni odwykowej należy w szczególności: udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych i rehabilitacyjnych, organizowanie i prowadzenie terapii grupowej, organizowanie klubów pacjentów oraz opieka nad ich działalnością, współdziałanie ze środowiskiem zamieszkania, pracy lub nauki pacjenta oraz z jego rodziną, koordynacja leczenia odwykowego prowadzonego w obwodzie zapobiegawczo-leczniczym. Zadaniem poradni jest również udzielanie konsultacji i instruktażu lekarzom podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia odwykowego, prowadzenie działalności profilaktycznej i oświatowo-zdrowotnej. Poradnie dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych zapewniają wszechstronną terapię i leczenie chorym uzależnionym m.in. od narkotyków i leków. Terapia prowadzona w poradniach ma pomóc chorym w odstawieniu środka uzależniającego oraz powrocie do normalnego życia społecznego. Z kolei w poradniach psychologicznych zakres udzielanych konsultacji i pomocy psychologicznej obejmuje: kryzysy psychiczne i zdrowotne, diagnostykę psychologiczną.

W 2009 r. na terenie województwa śląskiego funkcjonowało 236 jednostek leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych środków psychoaktywnych (o 18 placówek więcej niż w roku 2008), z tego:

- 143 poradnie zdrowia psychicznego,
- 20 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży,
- 42 poradnie odwykowe (alkoholowe),
- 9 poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych,
- 22 poradnie psychologiczne.

Tabela 11

**Jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi
w województwie śląskim w latach 2007-2009 (poradnia)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba poradni		
		2007	2008	2009
Województwo śląskie ogółem		219	218	236
1.	Poradnia zdrowia psychicznego	134	131	143
2.	Poradnia odwykowa (alkoholowa)	39	36	42
3.	Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	20	19	20
4.	Poradnia profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	12	11	9
5.	Poradnia psychologiczna	14	21	22

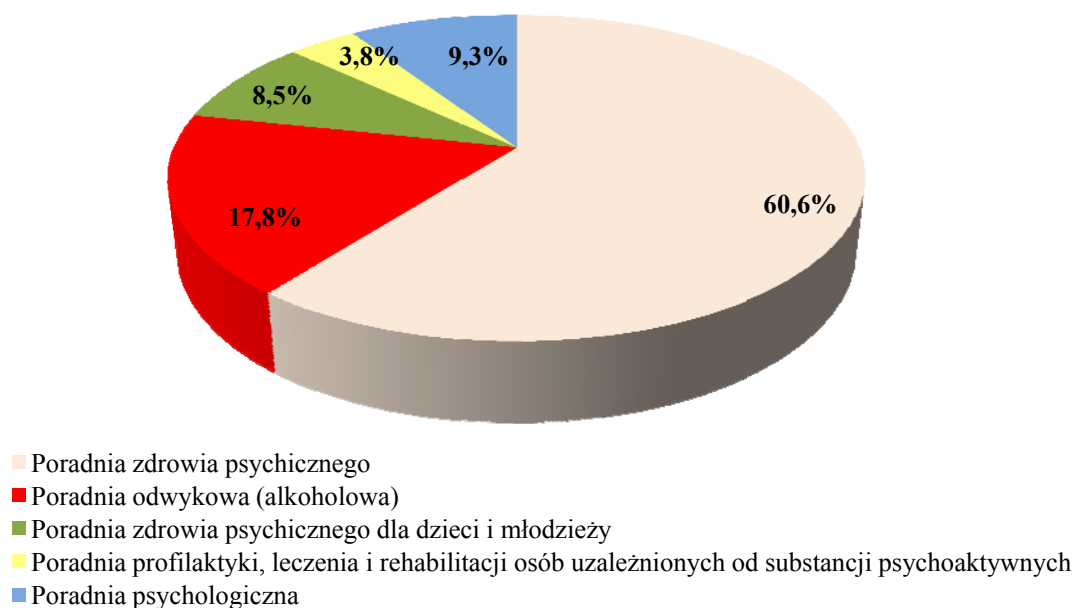
Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009, 2010 r

W roku 2009, spośród działających w regionie placówek psychiatrycznego leczenia otwartego 60% stanowiły poradnie zdrowia psychicznego, 18% zaliczanych było do alkoholowych poradni odwykowych, 9% to poradnie psychologiczne, 9% świadczyło usługi dla dzieci i młodzieży a 4% zajęcia z profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

W roku 2008 nastąpił w województwie nieznaczny spadek wszystkich placówek psychiatrycznego leczenia ambulatoryjnego, za wyjątkiem poradni psychologicznych, których liczba wzrosła aż o 50 poradni. W roku 2009 liczba placówek zwiększyła się z kolei o 18 jednostek leczniczych. Nastąpił przyrost wszystkich poradni za wyjątkiem poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Szczegółowe rozmieszczenie wyżej wymienionych poradni na terenie powiatów województwa śląskiego obrazują dane zamieszczone w Tabeli 13.

**Struktura psychiatrycznych jednostek ambulatoryjnych
województwa śląskiego w 2009 r. (%)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

Z ogółu psychiatrycznych jednostek ambulatoryjnych działających w województwie śląskim:

- 28,4% to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 70,8% stanowią niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 0,8% to zakłady prowadzone w innej formie.

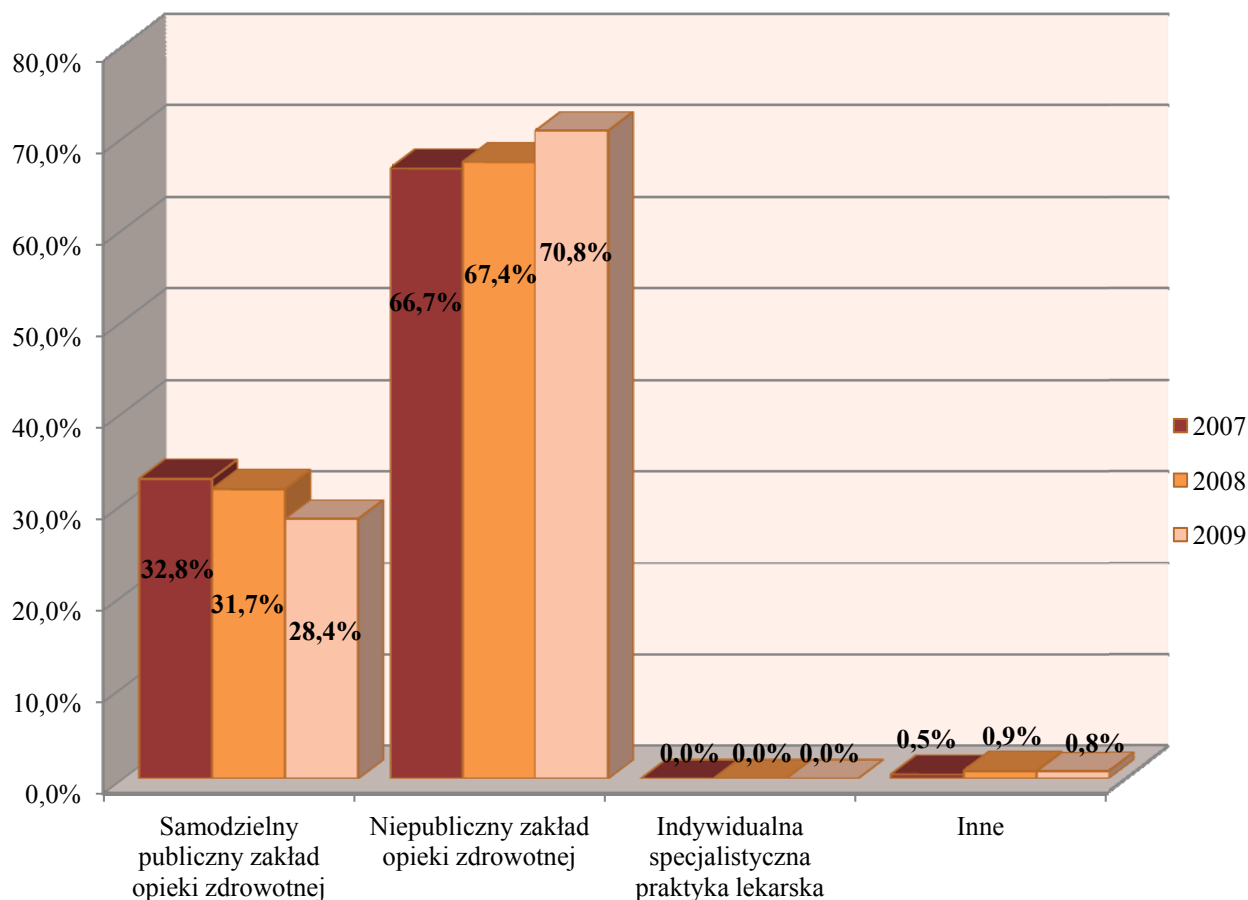
Tabela 12

**Forma prowadzenia jednostek psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej
województwa śląskiego w latach 2007–2009 (stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie	2007		2008		2009	
		(poradnia)	(%)	(poradnia)	(%)	(poradnia)	(%)
Województwo śląskie ogółem		219	100,0	218	100,0	236	100
1.	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej	72	32,8	69	31,7	67	28,4
2.	Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej	146	66,7	147	67,4	167	70,8
3.	Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska	-	-	-	-	-	-
4.	Inne	1	0,5	2	0,9	2	0,8

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej, „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009, 2010 r.

**Forma prowadzenia jednostek psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej
województwa śląskiego w latach 2007–2009 (%)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego 2008, 2009”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2009, 2010 r.

Liczba jednostek psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie śląskim utrzymuje się na podobnym poziomie. W regionie przeważają jednostki funkcjonujące w formie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, ich liczba w 2009 r. wynosiła 167 poradni, co stanowiło ponad 70% wszystkich działających w województwie tego rodzaju placówek. W regionie nie funkcjonują poradnie prowadzone jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska.

Tabela 13

Jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz substancji psychoaktywnych – rozmieszczenie poradni na terenie powiatów województwa śląskiego w latach 2008-2009 r. (poradnia) (stan w dniu 31.XII.)

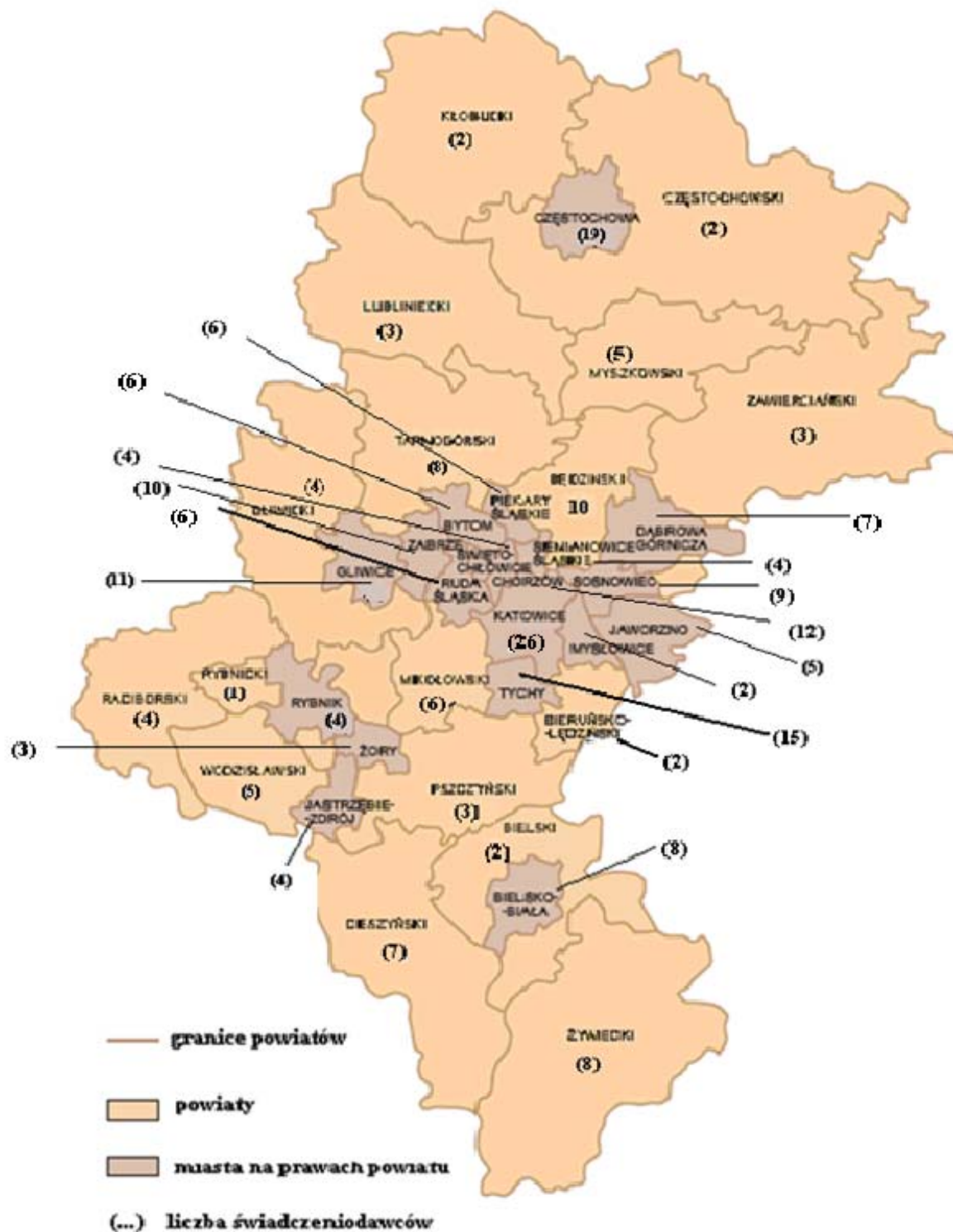
Lp.	POWIAT	PORADNIA									
		zdrowia psychicznego		odwykowa alkoholowa		zdrowia psychiczne-go dla dzieci i młodzieży		profilaktyki leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych		psychologiczna	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Województwo śląskie ogółem		131	143	36	42	19	20	11	9	21	22
Powiat ziemski		48	48	16	19	6	6	1	-	2	2
1.	będziński	6	7	1	1	1	1	-	-	-	1
2.	bielski	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-
3.	bieruńsko-lędziński	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-
4.	cieszyński	4	6	1	1	-	-	-	-	-	-
5.	częstochowski	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-
6.	gliwicki	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-
7.	kłobucki	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-
8.	lubliniecki	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-
9.	mikołowski	4	4	1	1	1	1	-	-	-	-
10.	myszkowski	4	3	2	2	-	-	-	-	-	-
11.	pszczyński	1	1	-	1	1	1	-	-	-	-
12.	raciborski	2	2	1	1	1	1	-	-	-	-
13.	rybnicki	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
14.	tarnogórski	5	4	2	2	2	2	1	-	1	-
15.	wodzisławski	2	2	3	3	-	-	-	-	-	-
16.	zawierciański	2	2	1	1	-	-	-	-	1	-
17.	żywiecki	5	5	1	2	-	-	-	-	-	1
Miasto na prawach powiatu		83	95	20	23	13	14	10	9	19	20
1.	Bielsko–Biała	5	5	2	1	1	1	2	1	1	-
2.	Bytom	4	5	1	1	-	-	-	-	-	-
3.	Chorzów	4	6	1	1	-	-	1	1	3	4
4.	Częstochowa	13	10	2	2	3	3	3	3	1	1
5.	Dąbrowa Górnicza	3	4	1	2	-	-	-	1	-	-
6.	Gliwice	7	7	-	2	1	1	-	1	1	-
7.	Jastrzębie-Zdrój	5	2	2	1	2	1	2	-	-	-
8.	Jaworzno	3	3	1	1	-	-	-	-	1	1
9.	Katowice	12	12	3	3	3	3	2	2	5	6
10	Mysłowice	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-
11.	Piekary Śląskie	5	5	1	1	-	-	-	-	-	-
12.	Ruda Śląska	3	4	1	1	-	1	-	-	-	-

13.	Rybnik	2	3	-	-	1	1	-	-	-	-
14.	Siemianowice Śląskie	3	2	1	1	1	1	-	-	-	-
15.	Sosnowiec	2	5	1	1	1	1	-	-	1	2
16.	Świętochłowice	1	2	1	1	-	-	-	-	1	1
17.	Tychy	5	9	-	1	-	1	-	-	3	4
18.	Zabrze	3	8	1	1	-	-	-	-	1	1
19.	Żory	2	2	-	1	-	-	-	-	1	-

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej, „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009, 2010 r.

Rozmieszczenie psychiatrycznych placówek ambulatoryjnych w regionie jest nierównomierne. Z 236 placówek psychiatrycznego leczenia ambulatoryjnego województwa, 75 jednostek działało w powiatach ziemskich, a 161 funkcjonowało w miastach na prawach powiatu. Najliczniejszą grupę stanowiły poradnie zdrowia psychicznego, z których aż 95 placówek funkcjonowało w miastach województwa, a 48 na terenach powiatów ziemskich regionu. Z grupy 9 placówek zajmujących się profilaktyką i rehabilitacją osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych ani jedna nie funkcjonowała w powiecie ziemskim, wszystkie 9 poradni zlokalizowanych było w następujących miastach województwa: Częstochowie (3), Katowicach (2), z kolei po jednej placówce w Bielsku-Białej, Chorzowie, Dąbrowie Górniczej i Gliwicach. Podobna sytuacja kształtowała się w rozmieszczeniu poradni psychologicznych. Na terenie powiatów ziemskich funkcjonowały tylko 2 tego typu placówki, tymczasem pozostałe 20 działały w ośmiu powiatach grodzkich: Katowicach (6), Tychach (4), Chorzowie (4), Sosnowcu (2), natomiast w Częstochowie, Jaworznie, Świętochłowicach, Zabrzu po jednej placówce. Z 20 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży województwa śląskiego 70% placówek zlokalizowanych było w miastach, z tego po 3 placówki w Częstochowie i Katowicach oraz po jednej placówce w Bielsku-Białej, Gliwicach, Jastrzębiu-Zdroju, Rudzie Śląskiej, Rybniku, Siemianowicach, Sosnowcu i Tychach. W roku 2009 w regionie działały 42 poradnie odwykowe dla uzależnionych od alkoholu. Rozmieszczenie ich na terenie województwa było dość równomierne, z 36 powiatów województwa śląskiego tylko w 5 z nich nie działała żadna tego rodzaju placówka. Najwięcej tego typu jednostek działało w powiecie wodzisławskim i Katowicach (po 3 jednostki) oraz po 2 placówki w powiecie kłobuckim, myszkowskim, tarnogórskim, żywieckim, Częstochowie, Dąbrowie Górniczej i Gliwicach.

**Liczba świadczeniodawców z zakresu psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i leczenia uzależnień w województwie śląskim w 2009 r.
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

2.2.2 Kadra medyczna i pozostały personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego.

Tabela 14

**Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009 (osoba)
(stan na 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie		Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy (osoba)			Pracujący w ramach umów cywilnoprawnych (osoba)			OGÓŁEM		
			2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
1.	Lekarze (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)		281	238	203	243	238	263	524	476	466
	w tym:	psychiatrzy I st.	42	31	29	41	43	43	83	74	72
		psychiatrzy II st. i specjaliści psychiatrzy (w nowym systemie jednostopniowym)	156	170	152	152	146	182	308	316	334
2.	Pielęgniarki		150	120	122	34	33	32	184	153	154
3.	Psycholodzy		232	217	190	175	193	198	407	410	388
4.	Specjaliści terapii uzależnień		68	76	68	33	27	36	101	103	104
5.	Instruktorzy terapii uzależnień		35	34	32	16	15	15	51	49	47
6.	Terapeuci zajęciowi		11	13	6	6	3	6	17	16	12
7.	Pracownicy socjalni		21	21	20	17	18	14	38	39	34
8.	Inni terapeuci		21	10	11	27	30	12	48	40	23
OGÓŁEM			819	729	652	551	557	576	1 370	1 286	1 228

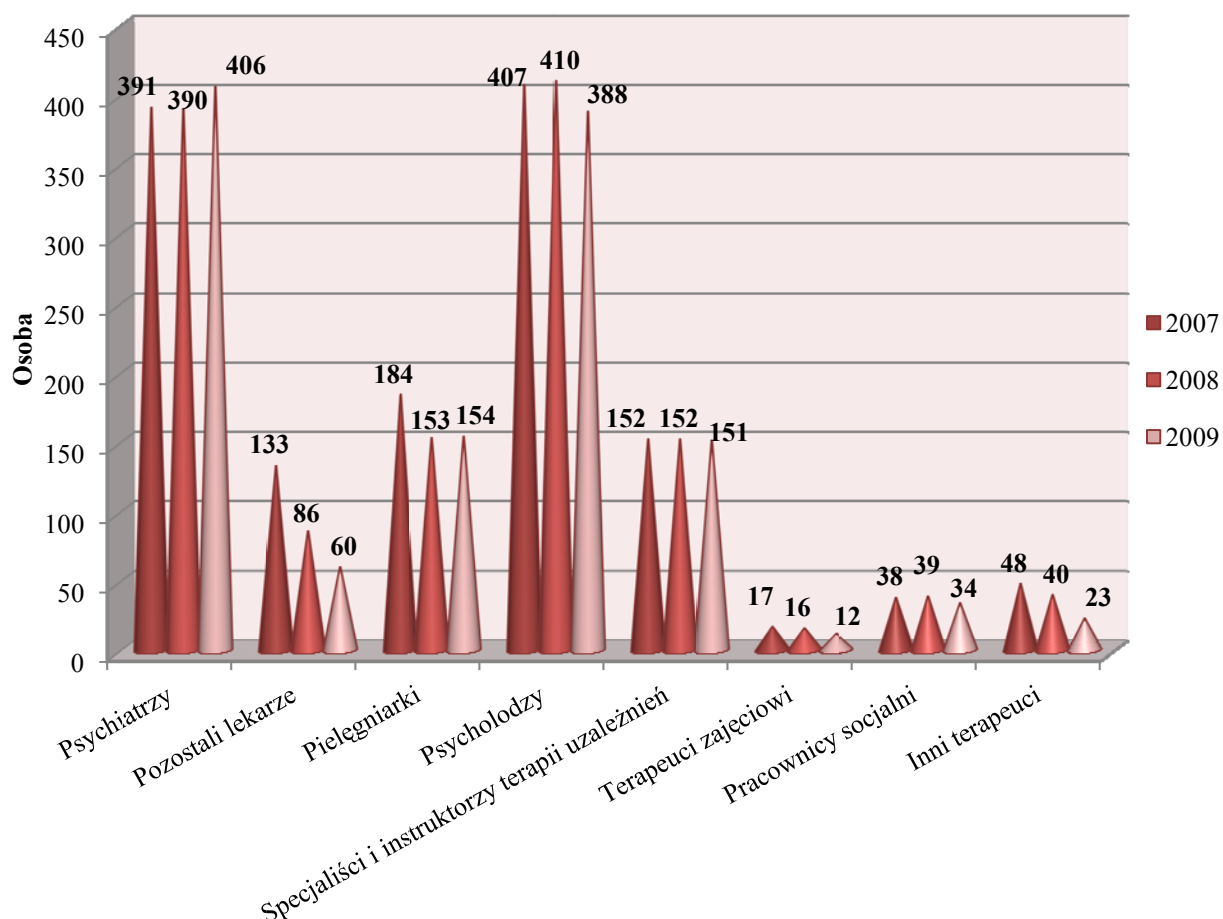
Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej „Ocena stanu psychicznego populacji w regionie śląskim - wskaźniki hospitalizacji”, Katowice 2008, 2009, 2010 r.

W 2009 r. w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej zatrudnionych było łącznie 1 228 osób, z tego 652 osoby zatrudnione było na podstawie stosunku pracy oraz 576 osób pracowało w ramach umów cywilnoprawnych. W województwie śląskim, w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, zatrudnionych na podstawie stosunku pracy i umów cywilnoprawnych było 406 lekarzy psychiatrów I i II stopnia oraz specjalistów psychiatrii. Najliczniejszą grupę zawodową zatrudnioną na podstawie stosunku pracy i umów

cywilnoprawnych, w tego typu placówkach regionu, stanowili psycholodzy, w 2009 r. liczba ich wynosiła 388 osób.

Wykres 9

**Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009 (osoba)
(stan na 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Ocena stanu psychicznego populacji w regionie śląskim - wskaźniki hospitalizacji”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2008, 2009, 2010 r.

W 2009 r. w stosunku do roku 2008, w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej nieznacznie wzrosło zatrudnienie lekarzy psychiatrów II stopnia, pielęgniarek, specjalistów terapii uzależnień, spadło natomiast zatrudnienie lekarzy ogółem, lekarzy psychiatrów I stopnia, psychologów, instruktorów terapii uzależnień i terapeutów oraz pracowników socjalnych. Liczba personelu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w 2009 r. nie zmieniła się istotnie w porównaniu z rokiem poprzednim, zauważyć można jednak minimalną tendencję spadkową (około 5%).

2.3 Opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim.

2.3.1 Zakłady i oddziały dzienne opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim.

Poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży należy do priorytetów Unii Europejskiej. Kluczową rolę odgrywa popularyzacja zdrowego stylu życia i promocja zdrowia. W Polsce problematyka zdrowia dzieci i młodzieży znalazła odzwierciedlenie w Celu operacyjnym 8. Narodowego Programu Zdrowia „*Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży*”. W kraju jest około 8 mln dzieci i młodzieży w wieku do lat 18, z tego około 10% w województwie śląskim (866,3 tys. osób). Ocenia się, że co najmniej 10% z nich wymaga opieki i pomocy psychiatryczno-psychologicznej. Wśród najczęstszych problemów, jakie dotyczą wspomnianą część populacji można wymienić:

- zaburzenia depresyjno-lękowe,
- zaburzenia odżywiania,
- problemy wynikające z nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży obejmują wszystkie stopnie upośledzenia umysłowego, od ciężkich zaburzeń rozwojowych, poprzez różnego typu zaburzenia emocjonalne, skończywszy na chorobach psychicznych rozpoczynających się w okresie dorastania. Na powstawanie zaburzeń składa się wiele czynników, są to między innymi czynniki biologiczne oraz psychospołeczne, mające związek z problemami rodzinnymi. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży jest ważne nie tylko w okresie wzrastania i dojrzewania. Wczesne zapobieganie powstawaniu zaburzeń psychicznych daje dużą szansę na uniknięcie ich w życiu ludzi dorosłych, co pozwoli zmniejszyć skalę konieczności leczenia tych zaburzeń i uniknąć kosztów zarówno materialnych, jak i społecznych.

W 2009 roku w województwie śląskim funkcjonowały następujące zakłady i oddziały dzienne opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży:

- A. 6 szpitali i oddziałów psychiatrycznych.
- B. 3 ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
- C. 3 zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze.

A. Szpitale i oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży:

1. Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu.
2. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu.
3. Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego w Centrum Pediatrii im. Jana

Pawła II w Sosnowcu.

4. Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Bielsku-Białej.
5. Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dzieci w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „FENIKS” w Gliwicach.
6. Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodek Terapii i Psychoedukacji „KOMPAS” w Czeladzi.

B. Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży:

1. Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Młodzieży Uzależnionej w Częstochowie.
2. Katolicki Ośrodek Wychowania i Resocjalizacji Młodzieży w Bielsku-Białej.
3. Oddział Terapii i Rehabilitacji dla Osób Uzależnionych od Alkoholu i Substancji Psychoaktywnych, funkcjonujący w ramach Katolickiego Ośrodka Rehabilitacyjno-Wychowawczego dla Dzieci i Młodzieży „Dom Nadziei” w Bytomiu.

C. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze dla dzieci i młodzieży:

1. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy dla Dzieci w Zakładzie Leczniczo-Wychowawczym dla Dzieci prowadzonym przez Zgromadzenie C.B.M w Tworogu.
2. Zakład Leczniczo-Opiekuńczy dla Dzieci „BETLEJEM” w Jastrzębiu-Zdroju.
3. Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dzieci „Kamieniec-Zbroślawice” w Kamieńcu.

W roku 2009 na terenie województwa śląskiego w 6 szpitalach i oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży znajdowało się 76 łóżek rzeczywistych i 78 miejsc pobytu dziennego. W 3 ośrodkach rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży było 78 łóżek rzeczywistych. Natomiast zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze dysponowały liczbą 130 łóżek.

Tabela 15

**Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej dla dzieci i młodzieży
w województwie śląskim w latach 2008-2009
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp .	Wyszczególnienie	Liczba łózek (rzeczywiste)		Liczba miejsc (dienne)	
		2008	2009	2008	2009
A. Szpitale i oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży					
1.	Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu	36	36	10	10
2.	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu	20	20	-	-
3.	Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	20	20	15	15
4.	Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Bielsku–Białej	-	-	12	12
5.	Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w NZOZ „FENIKS” w Gliwicach	-	-	20	25
6.	Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w NZOZ Ośrodek Terapii i Psychoedukacji „KOMPAS” w Czeladzi	-	-	16	16
OGÓŁEM		76	76	73	78
B. Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży					
1.	Ośrodek Rehabilitacyjno–Wychowawczy dla Młodzieży Uzależnionej w Częstochowie	30	30	-	-
2.	Katolicki Ośrodek Wychowania i Resocjalizacji Młodzieży w Bielsku–Białej	24	24	-	-
3.	Oddział Terapii i Rehabilitacji dla Osób Uzależnionych od Alkoholu i Substancji Psychoaktywnych, funkcjonujący w ramach Katolickiego Ośrodka Rehabilitacyjno–Wychowawczego dla Dzieci i Młodzieży „Dom Nadziei” w Bytomiu	24	24	-	-
OGÓŁEM		78	78	-	-
C. Zakłady opiekuńczo–lecznicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze dla dzieci i młodzieży					
1.	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy dla Dzieci w Zakładzie Leczniczo–Wychowawczym dla Dzieci prowadzonym przez Zgromadzenie C.B.M w Tworogu	50	54	-	-
2.	Zakład Leczniczo–Opiekuńczy dla Dzieci „BETLEJEM” w Jastrzębiu–Zdroju	53	46	-	-
3.	Ośrodek Leczniczo–Rehabilitacyjny dla Dzieci „Kamieniec–Zbrostawice” w Kamieńcu	24	30	-	-
OGÓŁEM		127	130	-	-

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2008, 2009 r.”, Katowice 2009, 2010 r., www.rejestrzoz.gov.pl

Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu - organem założycielskim szpitala jest Samorząd Województwa Śląskiego. Oddział jest wyspecjalizowaną jednostką oferującą pomoc pacjentom w przedziale wiekowym od 3. do 18. roku życia, a dla zaburzeń odżywiania się do 25 roku życia. Głównym obszarem działania oddziału są zaburzenia emocjonalne oraz problematyka psychiatrii rozwojowej. W oddziale opiekę nad pacjentami sprawuje personel, do którego należą specjaliści w dziedzinach psychiatrii, psychologii, pedagogiki oraz wykwalifikowany personel pielęgniarski. Oddział leczy pacjentów z afektywnymi zaburzeniami nastroju, z zaburzeniami odżywiania oraz zaburzeniami zachowania i emocji.

Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dzieci w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „FENIKS” w Gliwicach – zakład oferuje pomoc poprzez różne struktury i formy organizacyjne. Udziela świadczeń medycznych w trybie ambulatoryjnym oraz na oddziałach dziennych, stanowiących formę pośrednią pomiędzy ofertą ambulatoryjną, a leczeniem szpitalnym. Na dziennym oddziale psychiatrycznym leczeni są pacjenci cierpiący na schizofrenię, natomiast dzienny oddział psychiatryczny dla dzieci specjalizuje się w leczeniu i rehabilitacji pacjentów z rozpoznaniem autyzmu i zespołu Aspergera*. Do zadań oddziału należy diagnostyka, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych z określonej w programie terapeutycznym grupy rozpoznań. Opiekę nad pacjentami sprawuje zespół psychiatryczny składający się z psychologów, psychiatrów, pracowników socjalnych, pielęgniarek i innych terapeutów. Zakład oferuje różnorodne formy leczenia dostosowane do potrzeb pacjenta m.in. terapię indywidualną i grupową, socjoterapię, treningi umiejętności społecznych i inne odpowiednie dla danej grupy pacjentów zajęcia terapeutyczne oraz leczenie biologiczne (farmakoterapię). Różnymi formami oddziaływań mogą też być objęci członkowie rodzin pacjentów (psychoedukacja, grupy wsparcia, terapia rodzin).

Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodek Terapii i Psychoedukacji „KOMPAS” w Czeladzi s.c. – placówka leczy pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia i inne), zaburzenia lękowe (nerwice, fobie i inne), zaburzenia psychosomatyczne, depresje, ADHD** i inne. Zespół tworzą wykwalifikowani specjaliści: lekarze, psycholodzy, psychoterapeuci i terapeuci zajęciowi z doświadczeniem w dziedzinie psychiatrii i psychoterapii osób dorosłych, młodzieży i dzieci. Leczenie pacjentów w oddziale dziennym oparte jest m.in. na dwóch programach terapeutycznych zawierających podstawy teoretyczne, metodykę i cele leczenia. Są to: Specjalistyczny Program

**/Słownik pojęć i terminów.*

***/ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej (skrót z ang. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) określany jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi lub zaburzenia hiperkinetyczne.*

Profilowany dla dzieci i młodzieży z trudnością w zakresie kontroli zachowania i emocji oraz Specjalistyczny Program Terapeutyczny proponowany dla profilowanej grupy zaburzeń odżywiania. Leczenie opiera się w głównej mierze na psychoterapii grupowej, a jego czas jest zróżnicowany w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta.

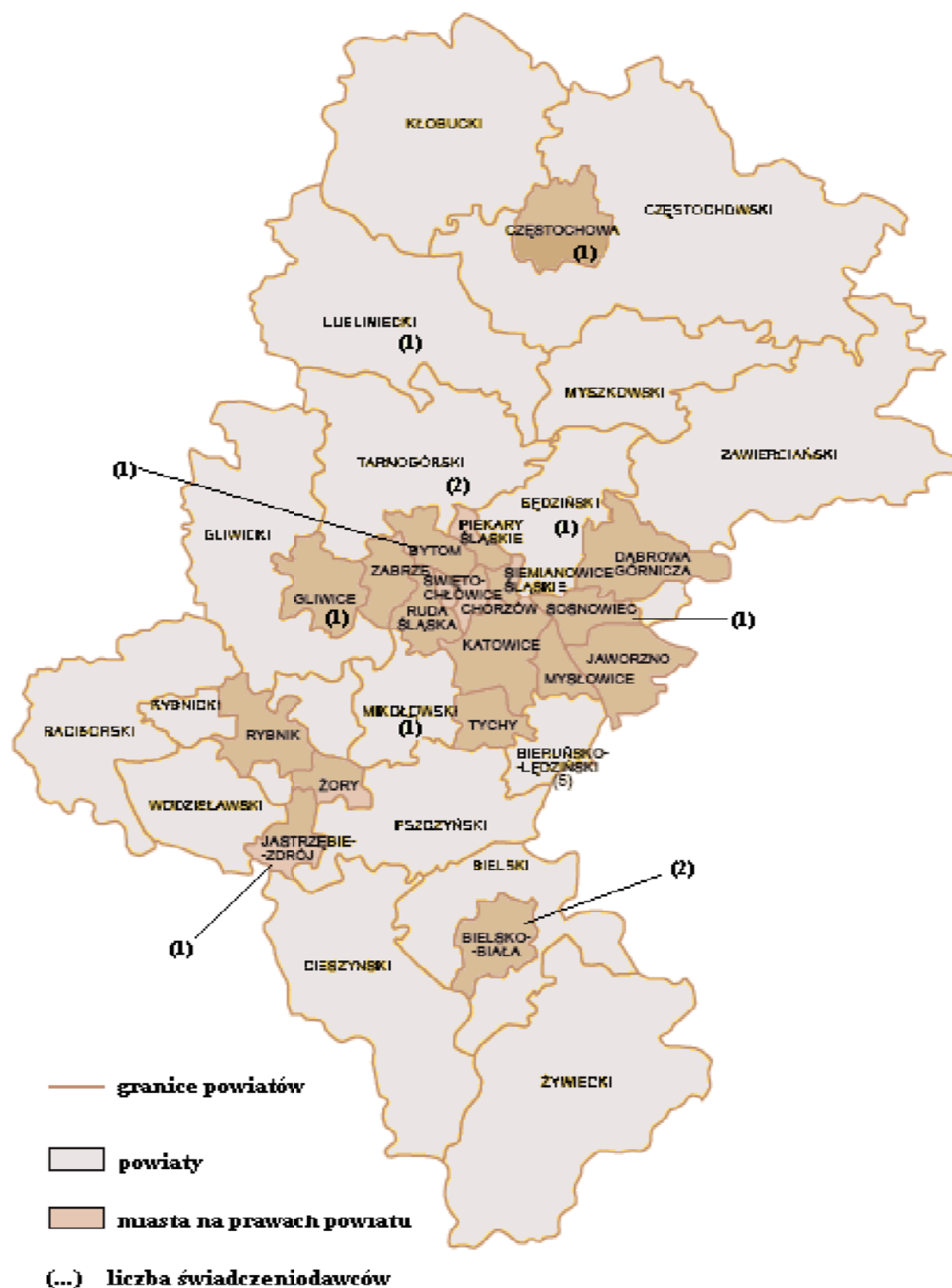
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy dla Dzieci w Zakładzie Leczniczo–Wychowawczym dla Dzieci prowadzony przez Zgromadzenie Córek Bożej Miłości w Tworogu – placówka stacjonarna, utworzona przez organizację pożytku publicznego (kościół), udzielająca wychowankom całodobowej opieki i świadczeń zdrowotnych. Świadczenia obejmują rehabilitację leczniczą i społeczną, terapię wychowawczą, leczenie oraz rehabilitację ruchową. Placówka dysponuje 54-ma miejscami dla chłopców w wieku 7-15 lat, kontynuujących naukę w klasach I-IV szkoły podstawowej z oddziałami integracyjnymi. Zakład leczy chłopców ze zdiagnozowanym zespołem ADHD (z zaburzeniami zachowania i emocji). Praca terapeutyczna z dziećmi, w miarę możliwości prowadzona jest przy współudziale rodziców. Placówka swoim podopiecznym zapewnia całodobową specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarскую. Zakres i poziom świadczenia dostosowany jest do indywidualnych potrzeb dzieci przebywających w zakładzie. Z dniem 1.01.2011 r. w miejsce Zakładu Leczniczo–Wychowawczego dla Dzieci działa **Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii dla Chłopców prowadzony przez Zgromadzenie Córek Bożej Miłości w Tworogu**.

Zakład Leczniczo–Opiekuńczy dla Dzieci „BETLEJEM” w Jastrzębiu–Zdroju - zakład prowadzony jest przez Prowincję Polską Zgromadzenie Córek Bożej Miłości. Leczeniem, opieką i rehabilitacją objęte są dzieci w wieku 1-18 lat z niepełnosprawnością intelektualną i fizyczną w stopniu głębokim, z porażeniem mózgowym i spastycznym (porażenie kurczowe-spowodowane uszkodzeniem mózgu lub rdzenia kręgowego). Zakład niesie dzieciom pomoc poprzez całodobową opiekę medyczną i pielęgniarскую, intensywną rehabilitację prowadzoną systematycznie przez zespół fizjoterapeutów, hydroterapię, oraz prowadzenie terapii zajęciowej. Przy zakładzie funkcjonuje Niepubliczny Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy, w ramach którego dzieci po ukończeniu 3.go roku życia korzystają z zajęć prowadzonych przez wykwalifikowanych nauczycieli (oligofrenopedagogów*).

Pozostałe zakłady opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży województwa śląskiego, nie wyszczególnione w tej części charakterystyki, opisane zostały we wcześniejszych podrozdziałach Rozdziału II, niniejszego dokumentu.

**/Słownik pojęć i terminów*

**Liczba świadczeniodawców z zakresu psychiatrycznej opieki stacjonarnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim w 2009 r.
(stan w dniu 31.XII.)**



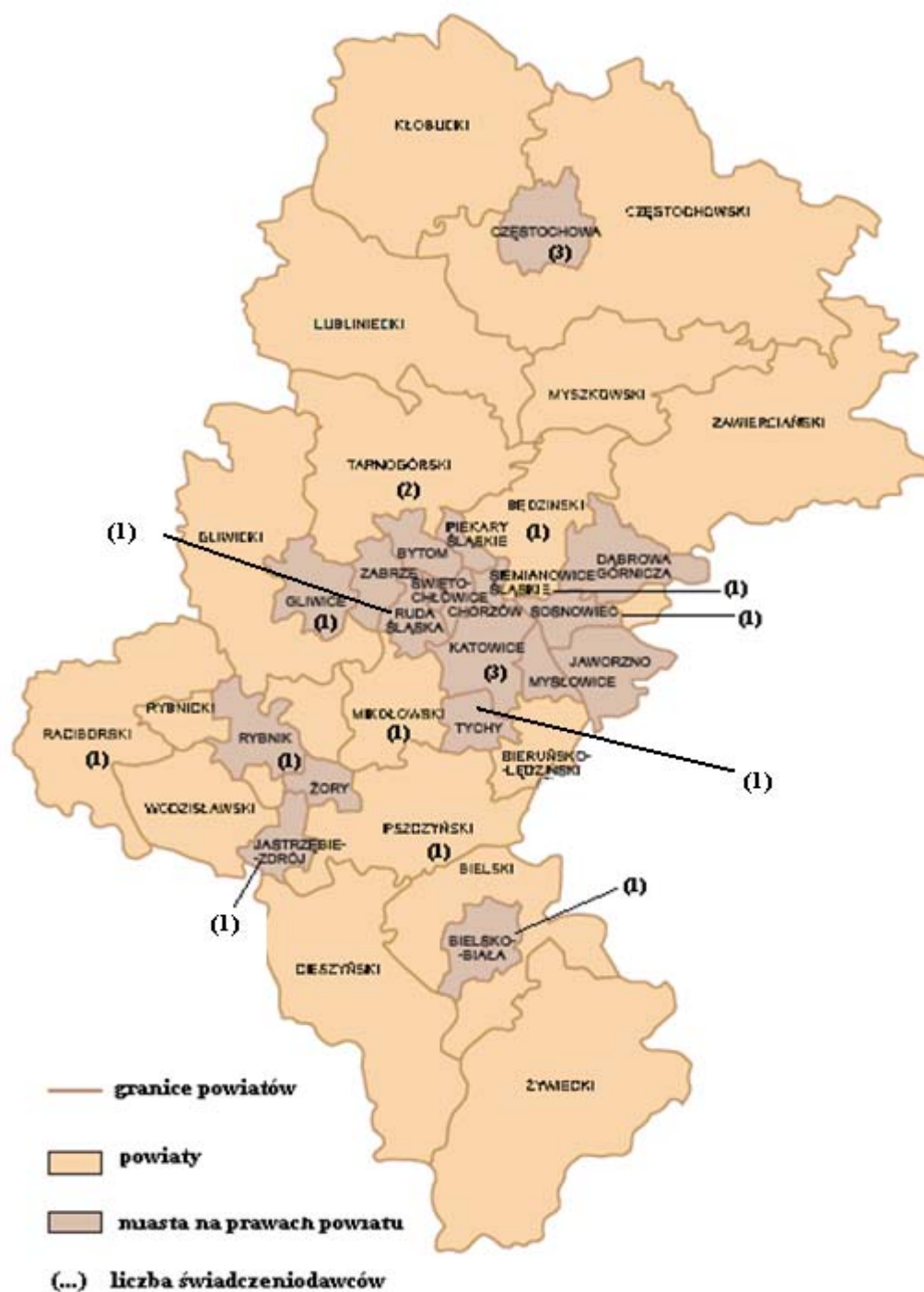
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Stacjonarna Opieka Zdrowotna w Województwie Śląskim 2009”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Katowice 2010 r.

2.3.2 Lecznictwo psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim.

Psychiatryczne świadczenia ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży realizowane są przez: poradnie zdrowia psychicznego, poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradnie zdrowia psychicznego dla młodzieży, poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży i ich rodzin, poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym, poradnie terapii uzależnień od alkoholu dla dzieci i młodzieży, poradnie psychosomatyczne dla dzieci, poradnie leczenia uzależnień dla dzieci, poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci, a także poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Jednostki te mają charakter zarówno publicznych jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. W ramach działania poradni przeprowadzane są diagnostyki psychologiczne oraz porady i leczenie w zakresie zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń lękowych, zaburzeń zachowania i emocji u dzieci i młodzieży. Poradnie pomagają również pacjentom, którzy doświadczają trudności w kontaktach i porozumiewaniu się z rówieśnikami, czują się niepewnie i przeżywają lęki w trudnych sytuacjach. Jednostki oferują pomoc nie tylko dzieciom i młodzieży cierpiącej na zaburzenia psychiczne, ale także wspierają rodziców którzy chcą zasięgnąć opinii specjalistów w zakresie rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży oraz podejrzewają u dziecka występowanie nieprawidłowości rozwojowych. Stosowane metody badawcze to badania psychologiczne i testy, wywiady psychiatryczne, konsultacje, wywiady rodzinne czy psychoedukacja.

W 2009 r. psychiatryczną opiekę ambulatoryjną dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim tworzyło 20 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, z tego 14 placówek znajdowało się w miastach na prawach powiatu. Najwięcej poradni funkcjonowało w Częstochowie i Katowicach (po 3 placówki), pozostałe placówki (po 1 placówce) zlokalizowane były w następujących powiatach grodzkich: Bielsku-Białej, Gliwicach, Jastrzębiu-Zdroju, Rudzie Śląskiej, Rybniku, Siemianowicach Śląskich, Sosnowcu i Tychach. W powiatach ziemskich działało tylko 6 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży: dwie placówki w powiecie tarnogórskim, a pozostałe 4 w powiecie: będzińskim, mikołowskim, pszczyńskim i raciborskim.

**Liczba świadczeniodawców z zakresu psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej
dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim w 2009 r.
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Katowice 2010 r.

2.3.3 Kadra medyczna i pozostały personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim.

Zatrudnienie personelu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży województwa śląskiego w 2009 r. wynosiło ogółem 131 osoby. W 2009 r. w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży personel działalności podstawowej stanowił 57 zatrudnionych na podstawie stosunku pracy oraz 74 pracujących w ramach umów cywilnoprawnych.

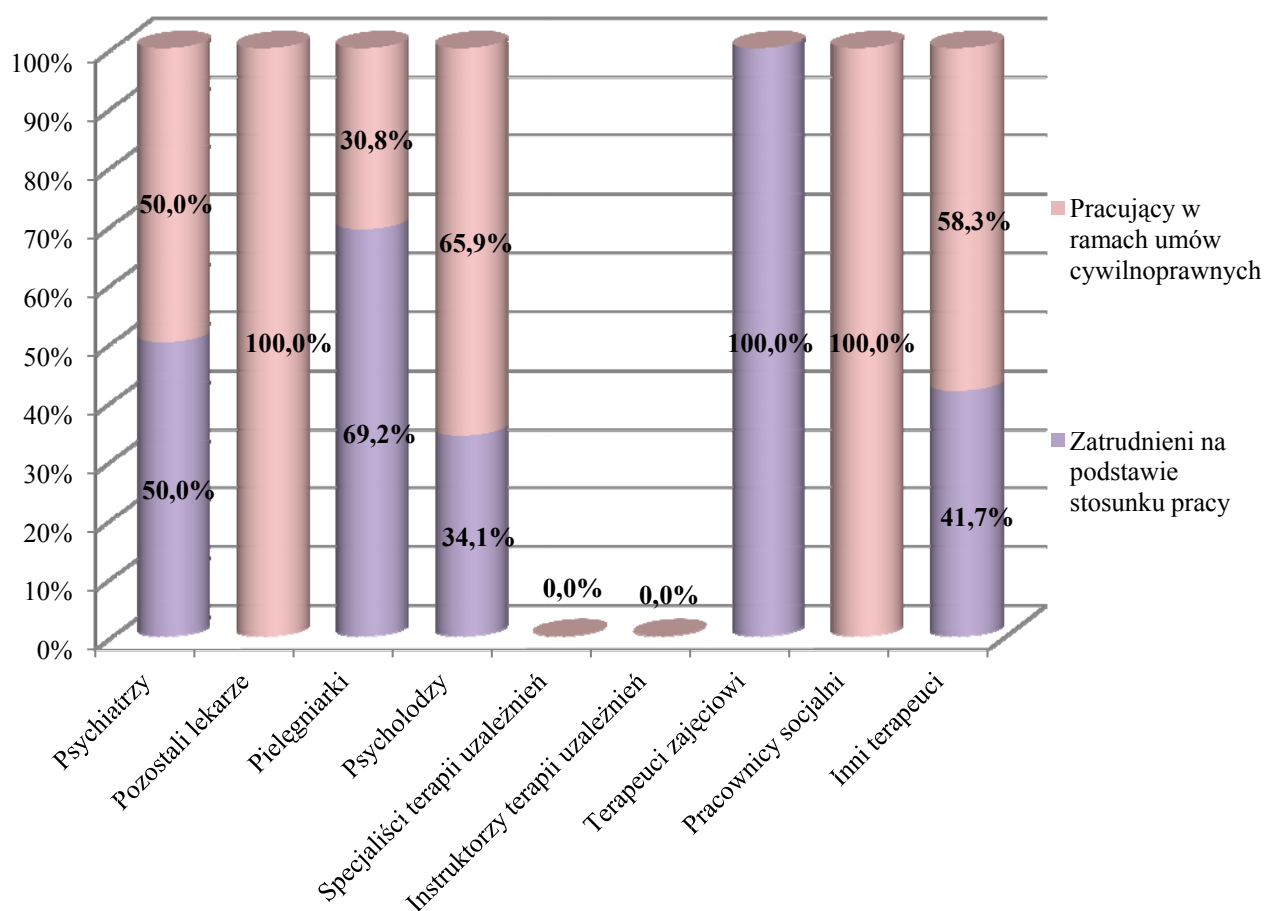
Tabela 16

**Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim w latach 2008-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie		Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy (osoba)		Pracujący w ramach umów cywilnoprawnych (osoba)		OGÓŁEM	
			2008	2009	2008	2009	2008	2009
1.	Lekarze (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)		11	11	22	20	33	31
	w tym:	psychiatrzy I st.	1	1	-	-	1	1
		psychiatrzy II st. i specjaliści psychiatry (w nowym systemie jednostopniowym)	10	10	14	11	24	21
2.	Pielęgniarki		15	9	4	4	19	13
3.	Psycholodzy		22	15	29	29	51	44
4.	Specjaliści terapii uzależnień		-	-	1	-	1	-
5.	Instruktorzy terapii uzależnień		-	-	-	-	-	-
6.	Terapeuci zajęciowi		9	6	-	-	9	6
7.	Pracownicy socjalni		-	-	5	3	5	3
8.	Inni terapeuci		2	5	12	7	14	12
OGÓŁEM			59	57	73	74	132	131

Źródło: Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej Rocznik Statystyczny 2009, część I Lecznictwo psychiatryczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, oraz Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej Rocznik Statystyczny 2008, część I Lecznictwo psychiatryczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009 r.

Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim w 2009 r. (%)
(stan w dniu 31.XII.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2009, część I Lecznictwo psychiatryczne”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010 r.

Spośród osób pracujących w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim, w 2009 r. najliczniejszą grupę stanowili psycholodzy (44 osoby) oraz lekarze, w tym 21 lekarzy psychiatrów z II stopniem specjalizacji.

Ponadto, w roku 2009 w stosunku do roku 2008, w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży województwa śląskiego zmniejszyła się liczba pielęgniarek o 6 osób, pracowników socjalnych o 2 osoby, terapeutów zajęciowych o 3 osoby. W 2008 r. pracował tylko 1 specjalista terapii uzależnień, który świadczył pracę na podstawie umowy cywilno-prawnej, natomiast w roku 2009 w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa nie pracowała ani jedna osoba z tego rodzaju kwalifikacjami. W obu analizowanych powyżej latach, w jednostkach tych nie pracował ani jeden instruktor terapii uzależnień.

3. Sytuacja epidemiologiczna w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej w województwie śląskim

Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W latach 1997-2009 w kraju wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji wzrósł o 47%, natomiast wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w opiece ambulatoryjnej o 85%.

Tak samo jak wskaźniki rozpowszechnienia w badanym okresie rosły wskaźniki zapadalności (tzn. zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia w danym roku). Wskaźnik zapadalności w leczeniu całodobowym wzrósł o 43%, natomiast w leczeniu ambulatoryjnym o 88%.

3.1 Psychiatryczna opieka stacjonarna.

Tabela 17

**Chorzy leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej
województwa śląskiego w latach 2006-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie	Leczeni (osoba)			
		2006	2007	2008	2009
1.	Szpitala psychiatryczne*	22 527	22 097	23 139	22 873
2.	Ośrodki leczenia odwykowego (alkoholowego)	3 520	3 686	3 662	3 676
3.	Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	1 201	1 353	1 185	601
4.	Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne**	.	.	636	807
5.	Zakład pielęgnacyjno- opiekuńczy psychiatryczne**	.	.	94	82

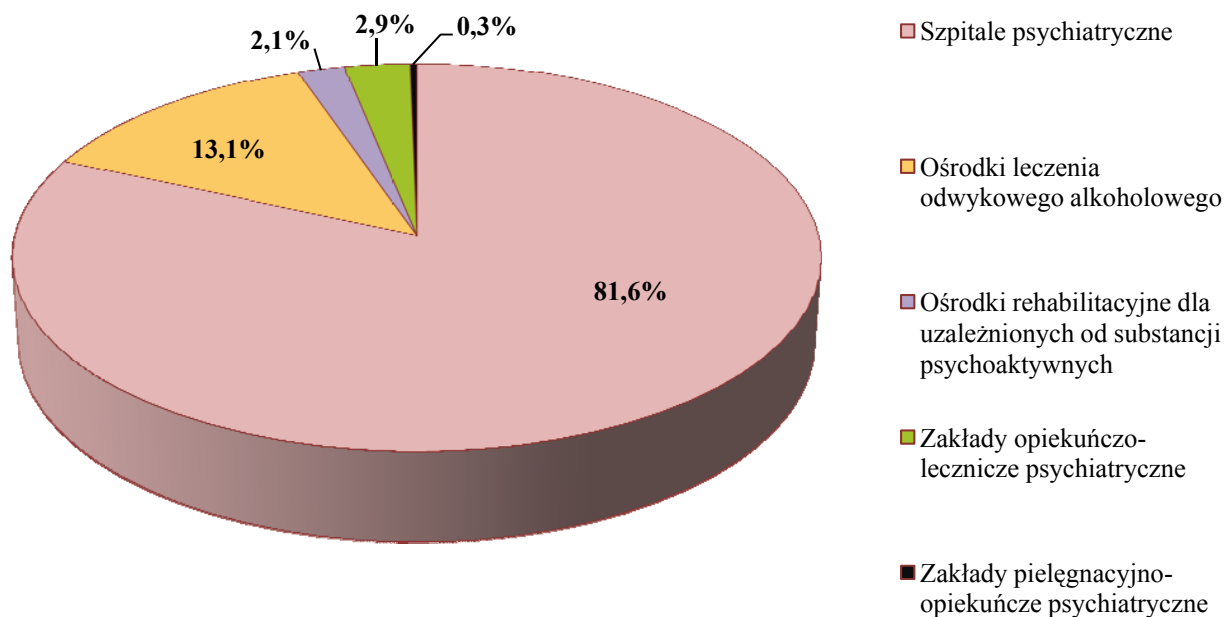
*Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2008,2009 (wybrane dane)”, Katowice 2008, 2009 r. oraz GUS 2009 „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008,2009 r., Warszawa 2009, 2010 r., */wraz z oddziałami psychiatrycznymi szpitalnymi, **/w 2006 i 2007 r. zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o charakterze psychiatrycznym prezentowane były łącznie z zakładami opieki długoterminowej o charakterze ogólnym*

Na przestrzeni lat 2006-2009 liczba chorych, hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych województwa wzrosła o 346 osób tj. z 22,6 tys. chorych w roku 2006 do 22, 9 tys. osób w roku 2009. W latach 2006-2008 zanotowano wzrost osób chorych o 2,7% (612 osób), niewielki spadek liczby chorych (o 1,1%) przyniósł z kolei rok 2009. W analizowanym okresie wzrosła również liczba leczonych w ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego. Z kolei w grupie osób chorych leczonych w ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych

obserwuje się tendencję spadkową, w okresie tym o połowę zmniejszyła się liczba osób chorych, leczonych z tego rodzaju uzależnień.

Wykres 11

**Struktura chorych leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego w 2009 r. (%)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2009 (wybrane dane)”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

W 2009 r. spośród chorych leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa najwyższy odsetek z nich (81,6%) korzystało z leczenia szpitalnego, 13,1% chorych przebywało w ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego, a 2,1% chorych poddanych było leczeniu w ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W psychiatrycznych zakładach opiekuńczo–leczniczych regionu leczonych było ponad 2,9% pacjentów u których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne. Najniższy odsetek, zaledwie 0,3% chorych osób z zaburzeniami psychicznymi przebywało natomiast w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Tabela 18

**Pacjenci hospitalizowani z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania
w szpitalach oraz oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych
województwa śląskiego w latach 2008-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Rozpoznanie	2008			2009		
		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
		(osoba)					
Województwo śląskie ogółem		32 173	20 509	11 664	32 473	20 725	11 748
1.	Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	3 915	2 096	1 819	3 962	2 061	1 901
2.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu	12 953	10 665	2 288	12 540	10 435	2 105
3.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	1 584	1 211	373	1 463	1 167	296
4.	Schizofrenia	4 992	2 644	2 348	5 217	2 771	2 446
5.	Zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe	1 632	720	912	1 496	674	822
6.	Zaburzenia nastroju (afektywne)	2 663	907	1 756	2 832	995	1 837
7.	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	2 447	1 065	1 382	2 733	1 233	1 500
8.	Zaburzenia niepsychotyczne	1 987	1 201	786	2 230	1 389	841

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009, 2010 r.

Z roku na rok rośnie liczba osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. W 2009 roku w szpitalach psychiatrycznych oraz oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych (całodobowych oddziałach psychiatrycznych) województwa śląskiego, z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania hospitalizowanych było ponad 32 tys. osób, prawie o 1% więcej niż w roku 2008.

Do głównych przyczyn hospitalizacji mężczyzn zalicza się zaburzenia alkoholowe i schizofrenię. W roku 2009 w grupie osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń alkoholowych odnotowuje się prawie pięciokrotnie wyższą liczbę mężczyzn niż kobiet i prawie czterokrotnie wyższą z powodu używania środków psychoaktywnych. Przewaga mężczyzn dotyczyła również zaburzeń organicznych, schizofrenii i zaburzeń niepsychotycznych. Przyczyną wyższej hospitalizacji kobiet były zaburzenia afektywne (nastroju), zaburzenia nerwicowe oraz zaburzeń typu schizofrenia i urojenia.

Tabela 19

Pacjenci hospitalizowani z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych (z wyjątkiem używania alkoholu i palenia tytoniu) w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych województwa śląskiego w latach 2006-2009 (osoba) (stan w dniu 31.XII.)

Lp.	Rozpoznanie	2006	2007	2008	2009
Województwo śląskie ogółem		987	909	835	692
1.	Opiaty	55	56	105	32
2.	Kanabinole	22	17	20	24
3.	Leki uspakajające i nasenne	44	68	60	65
4.	Kokaina	-	-	-	1
5.	Inne środki pobudzające	104	84	56	40
6.	Halucynogeny	7	3	1	1
7.	Lotne rozpuszczalniki	25	10	15	6
8.	Kilka substancji lub inne substancje psychoaktywne	730	671	578	523

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej „ Ocena stanu psychicznego populacji w regionie śląskim-wskaźniki hospitalizacji”, Katowice 2009, 2010 r.

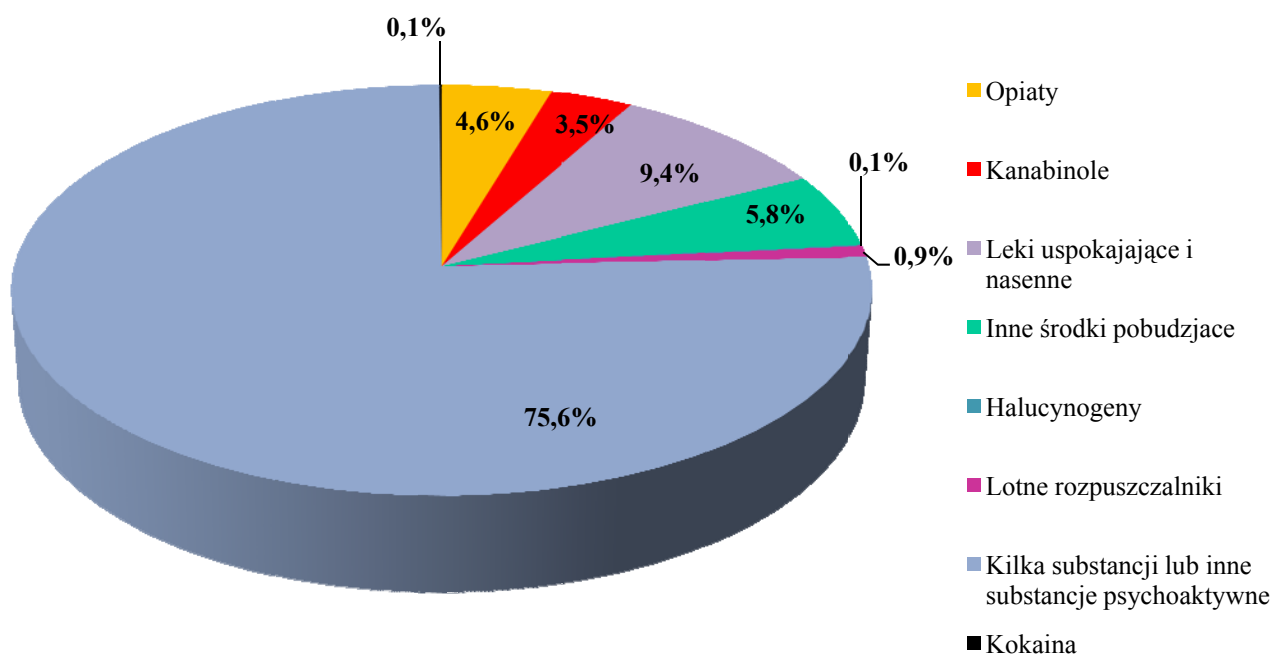
W województwie śląskim na przestrzeni lat 2006-2009 obserwuje się systematyczny spadek osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych. W latach 2006-2008 odnotowano prawie dwukrotny wzrost (o 90%) rozpoznań chorobowych w grupie pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych, spowodowanych używaniem opiatów, z kolei w roku 2009 liczba tych pacjentów zmniejszyła się prawie o 70%. W ciągu lat 2006-2009 o 48% wzrosła hospitalizacja osób z powodu zażywania leków uspakajających i nasennych oraz o 9% w wyniku zażywania kanabinoli.

Pozytywnym zjawiskiem jest z kolei 76% spadek osób hospitalizowanych z powodu zażywania lotnych rozpuszczalników, 62% z powodu środków pobudzających, 86% z powodu halucynogenów

i 28% w wyniku zażywania kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych. W roku 2009 hospitalizowano po raz pierwszy osobę z zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem kokainy. Wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych, największą grupę stanowiły osoby zażywające kilka substancji lub inne substancje psychoaktywne (prawie 76%) oraz leki uspokajające i nasenne (około 10%).

Wykres 12

Pacjenci hospitalizowani z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych województwa śląskiego w 2009 r. (%) (stan w dniu 31.XII.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Ocena stanu psychicznego populacji w regionie śląskim-wskaźniki hospitalizacji”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

3.2 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna.

Świadczenia psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej realizowano w 236 zakładach opieki zdrowotnej województwa śląskiego. W 2009 r. opieką ambulatoryjną objętych było w regionie 171 549 osób, którym udzielono:

- 483,8 tys. porad lekarskich,
- 176,0 tys. porad psychologicznych,
- 127,4 tys. porad innych terapeutów.

Tabela 20

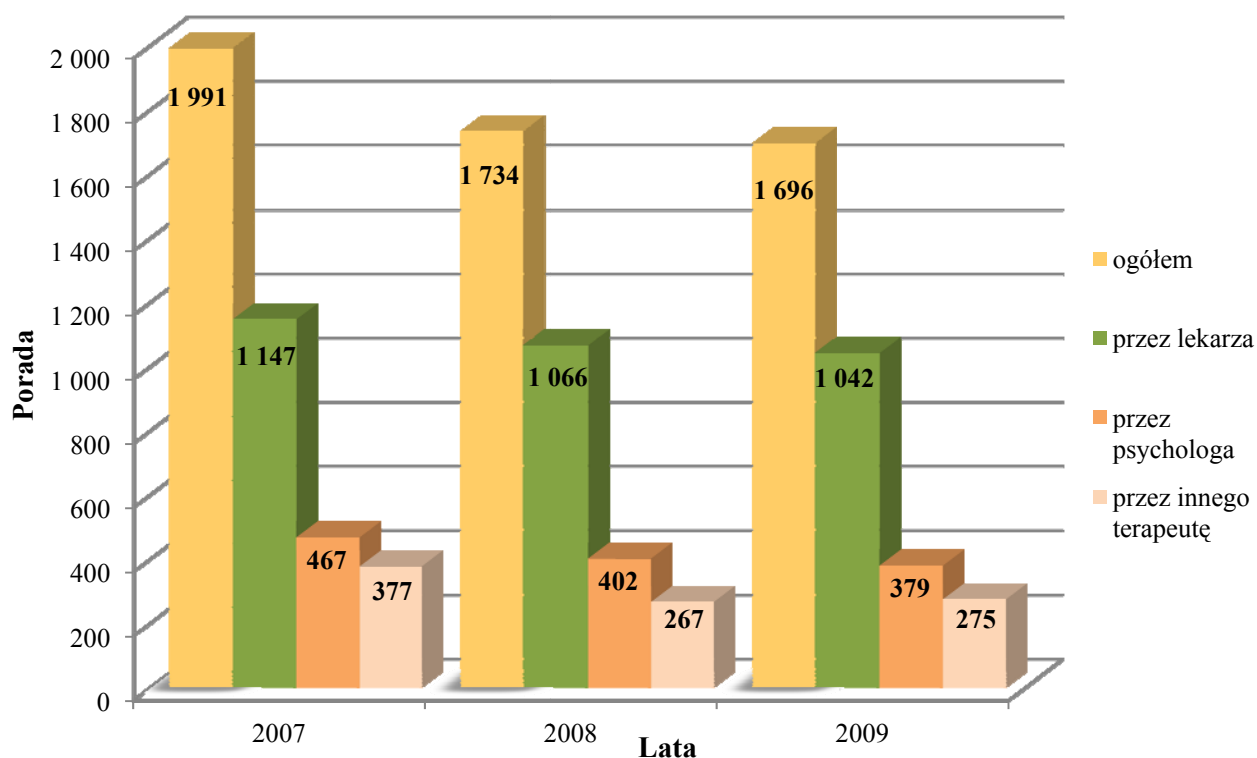
**Porady udzielane w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej
województwa śląskiego w latach 2007-2009 (porada)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie	2007	2008	2009
1.	Liczba porad ogółem (porada)	926 848	805 463	787 200
1.1.	z tego:			
	porady udzielane przez lekarza	534 028	495 026	483 762
	porady udzielane przez psychologa	217 321	186 545	175 998
	porady udzielane przez innego terapeutę	175 499	123 892	127 440
2.	Liczba porad na 10 tys. ludności ogółem (porada)	1 991,4	1 733,8	1 696,3
2.1.	z tego:			
	porady udzielone przez lekarza	1 147,4	1 065,6	1 042,4
	porady udzielane przez psychologa	466,9	401,5	379,2
	porady udzielane przez innego terapeutę	377,1	266,7	274,6

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009, 2010 r.

Wykres 13

**Liczba porad na 10 tys. ludności w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej
województwa śląskiego w latach 2007-2009 (porada)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2009, 2010 r.

W 2009 r. w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej udzielonych zostało ogółem ponad 787 tys. porad, było to o 18,3 tys. porad mniej niż w roku 2008. Liczba psychiatrycznych porad ambulatoryjnych udzielonych w województwie śląskim, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wyniosła 1 696 porad i w porównaniu z rokiem 2008 wykazywała tendencję spadkową (o 2%). Największy spadek porad (6%) dotyczył świadczeń udzielanych przez psychologów, z kolei wzrost udzielanych porad (o 3%) zanotowano wśród świadczeń innych terapeutów.

Tabela 21

**Świadczenia realizowane w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej
województwa śląskiego w latach 2007-2009 (świadczenie)
(stan w dniu 31.XII.)**

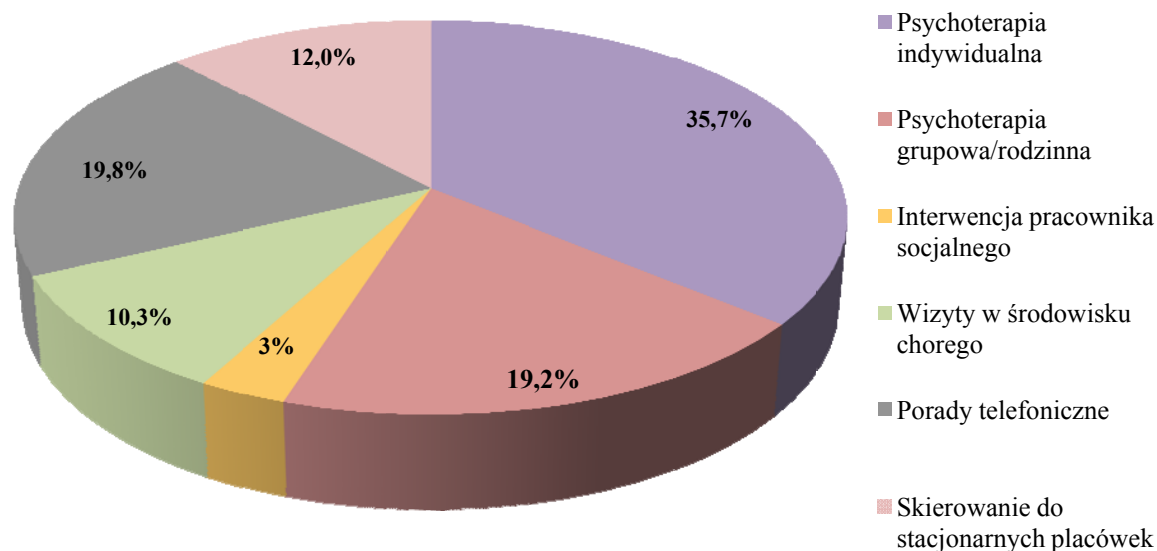
Lp.	Wyszczególnienie	2007	2008	2009
Świadczenia realizowane ogółem		100 116	84 583	84 591
1.	Psychoterapia indywidualna (osoba)	44 530	36 566	30 234
2.	Psychoterapia grupowa/rodzinna (osoba)	15 434	13 432	16 284
3.	Interwencje pracownika socjalnego (interwencja)	1 559	1 502	2 538
4.	Wizyty w środowisku chorego (dom)	14 544	8 266	8 680
5.	Porady telefoniczne (porada)	14 448	14 934	16 737
6.	Skierowanie do stacjonarnych placówek i odwykowych (skierowanie)	9 601	9 883	10 118

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009, 2010 r.

Ogółem w ciągu roku 2009 w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej udzielonych zostało ponad 84,5 tys. świadczeń zdrowotnych. Psychoterapią indywidualną i grupową objęto ponad 46,5 tys. osób. Najwięcej osób korzystało z psychoterapii indywidualnej (36%), porad telefonicznych (20%) oraz z psychoterapii grupowej (19%). W środowisku chorego odbyło się ponad 8,7 tys. wizyt (o 414 więcej niż roku w poprzednim), z kolei do stacjonarnych placówek psychiatrycznych i odwykowych, skierowanych zostało aż 10 118 pacjentów (tj. 12% wszystkich realizowanych świadczeń).

Rok 2008 przyniósł prawie 16% spadek ogólnej liczby świadczeń realizowanych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego. Największy 43% spadek świadczeń dotyczył wizyt domowych (w środowisku chorego). Wysoki 18% spadek został odnotowany także w zakresie świadczeń z psychoterapii indywidualnej (o 7 964 świadczenia mniej niż w roku 2007). W 2009 r. wzrosła liczba wszystkich świadczeń udzielonych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa, za wyjątkiem świadczeń udzielanych w ramach psychoterapii indywidualnej. Największy, bo aż 69% wzrost dotyczył interwencji pracownika socjalnego.

Struktura świadczeń realizowanych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (%)
(stan w dniu 31.XII.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

Psychoterapia indywidualna należy do najczęściej udzielanych świadczeń zdrowotnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego. Najrzadziej udzielanym świadczeniem była interwencja pracownika socjalnego. W 2009 r. było to zaledwie 3% wszystkich realizowanych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej świadczeń.

Wśród zaburzeń psychicznych leczonych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej wyróżnia się następujące 3 kategorie rozpoznania:

- zaburzenia psychiczne (bez uzależnień),
- zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych,
- zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu.

Tabela 22

**Rozpoznanie zaburzeń psychicznych osób leczonych w jednostkach psychiatrycznej
opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2005-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Rozpoznanie	2005	2006	2007	2008	2009
1.	Zaburzenia psychiczne (bez uzależnień)	136 674	120 577	145 590	138 167	138 604
2.	Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	4 277	4 435	4 184	2 677	3 458
3.	Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	23 120	23 867	23 772	21 250	22 825
Ogółem		164 071	148 879	173 546	162 094	164 887

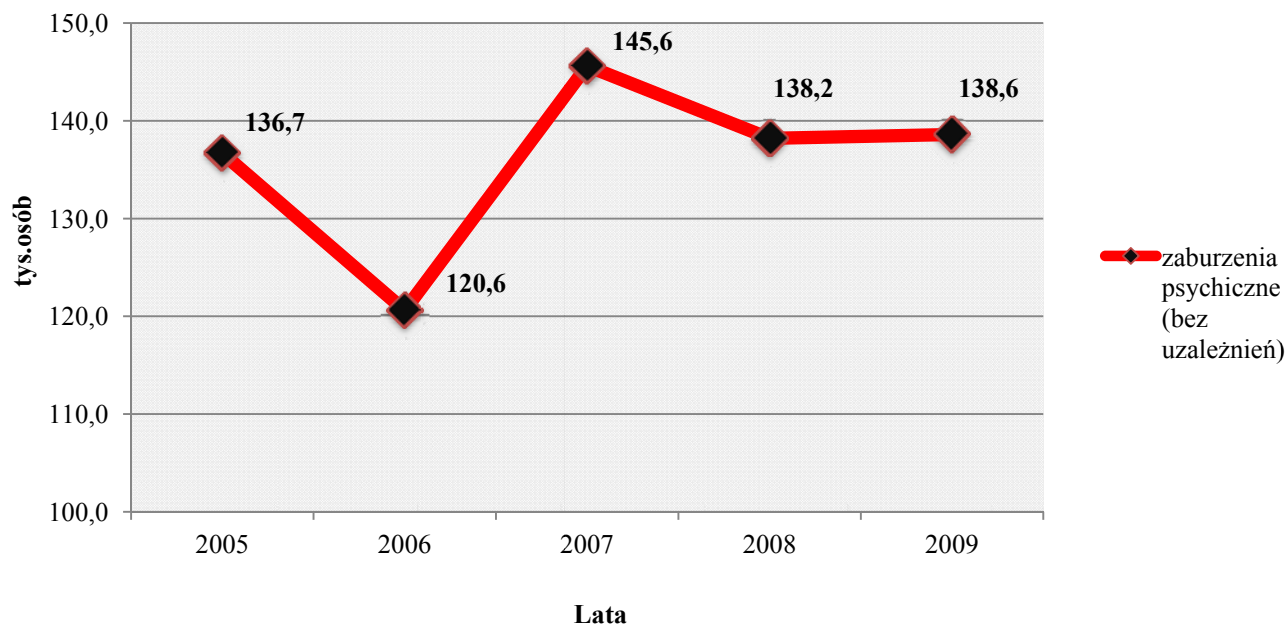
Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2007, 2008, 2009 r., Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2008, 2009, 2010 r.

W 2009 r. wśród osób leczonych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego zdiagnozowanych zostało ponad 165 tys. przypadków rozpoznania zaburzeń psychicznych. W grupie rozpoznania najczęściej diagnozowanych znalazły się zaburzenia psychiczne (bez uzależnień) i zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu. Aż 84% z nich dotyczyło zaburzeń psychicznych (bez uzależnień), z kolei 14% spowodowanych było używaniem alkoholu, a tylko 2% związanych było z przyjmowaniem środków psychoaktywnych.

3.2.1 Zaburzenia psychiczne (bez uzależnień).

W stosunku do roku 2008 liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych wykazywała tendencję spadkową. W 2009 r. województwie śląskim leczyło się ponad 138,6 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień). Wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej, najwięcej chorych zdiagnozowanych zostało w grupie zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem, jak również zaburzeń somatycznych.

**Chorzy leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2005-2009 (w tys. osób)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2007, 2008, 2009 r., Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2008, 2009, 2010 r.

Między rokiem 2005 i 2009 w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa, liczba leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień, pozostała prawie na niezmienionym poziomie. Wzrost rozpoznań zaburzeń psychicznych wynosił zaledwie 1,4%. Na przestrzeni analizowanych 5 lat rok 2007 cechował się największą liczbą leczonych pacjentów w tej grupie zaburzeń psychicznych.

Tabela 23

**Chorzy leczeni z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach psychiatrycznej opieki
ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Rozpoznanie	Leczeni ogółem			
		(osoba)		(%)	
		2008	2009	2008	2009
Województwo śląskie (ogółem)		138 167	138 604	100,0	100,0
w tym:					
1.	Organiczne zaburzenia niepsychotyczne	7 329	7 822	5,3	5,6
2.	Organiczne zaburzenia psychotyczne	12 602	14 349	9,1	10,4
3.	Schizofrenia	17 546	17 487	12,7	12,6
4.	Inne zaburzenia psychotyczne i urojenia	6 563	6 316	4,8	4,6
5.	Epizody afektywne	13 951	13 794	10,1	10,0
6.	Depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe	12 485	12 130	9,0	8,8
7.	Inne zaburzenia nastroju (afektywne)	5 718	5 605	4,1	4,0
8.	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne	42 005	39 678	30,4	28,6
9.	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania	931	770	0,7	0,6
10.	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi	367	549	0,3	0,4
11.	Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	4 491	4 403	3,3	3,2
12.	Upośledzenie umysłowe	5 995	6 526	4,3	4,7
13.	Całościowe zaburzenia rozwojowe	718	946	0,5	0,7
14.	Pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego	598	1 020	0,4	0,7
15.	Zaburzenia zachowania zaczynające się zwykle w dzieciństwie	5 394	5 410	3,9	3,9
16.	Nieokreślone zaburzenia psychiczne	688	689	0,5	0,5

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009, 2010 r.

W roku 2009 najliczniejszą grupą rozpoznań wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi, leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej regionu były zaburzenia nerwicowe związane ze stresem (28,6%), schizofrenia (12,6%), organiczne zaburzenia psychotyczne (10,4%) epizody afektywne (10,0%), oraz depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (8,8%). Niewielki odsetek rozpoznań dotyczył zespołów behawioralnych, związanych z zaburzeniami fizjologicznymi (0,4%) oraz pozostałych zaburzeń rozwoju psychicznego (0,5%).

Tabela 24

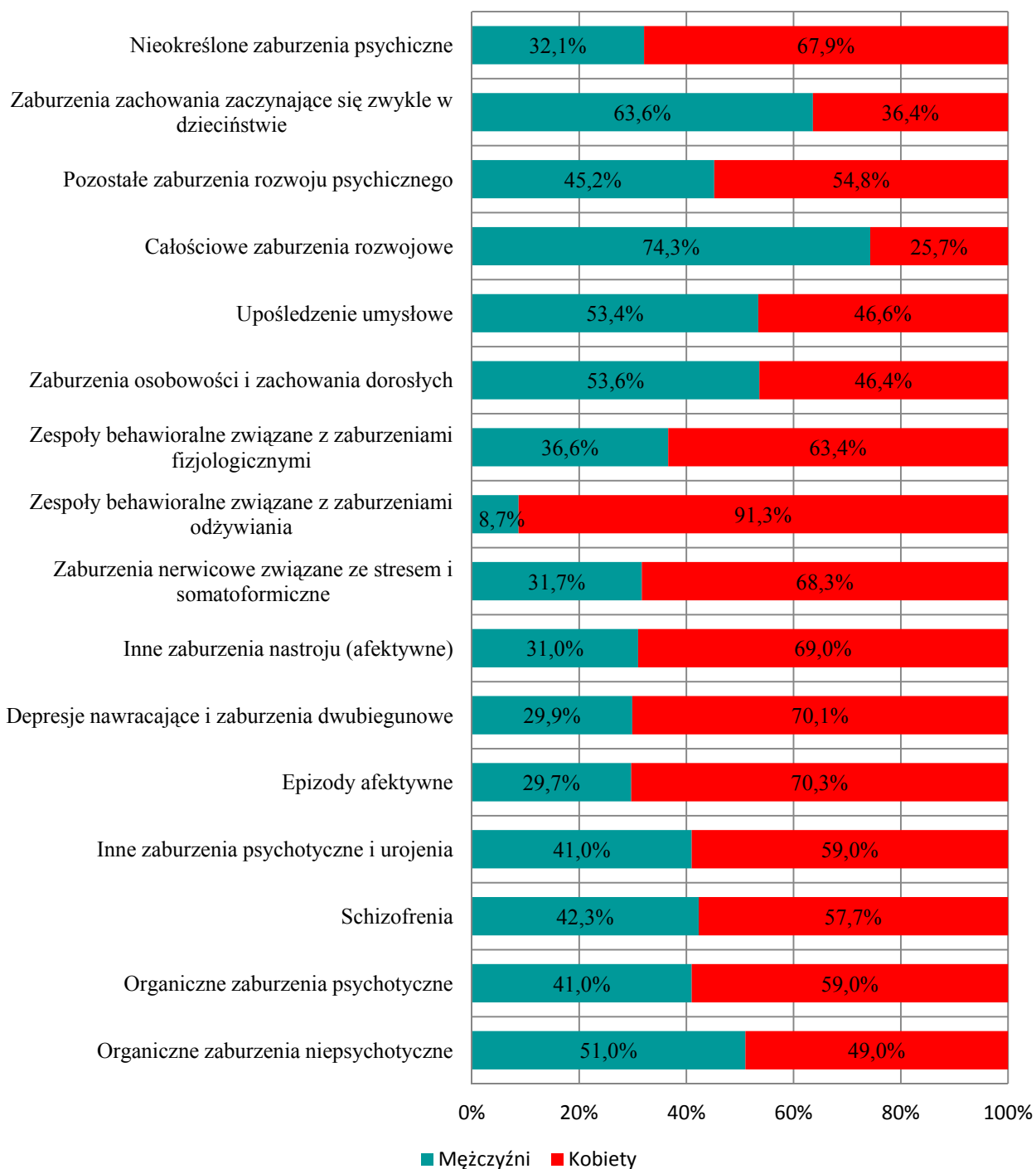
**Chorzy leczeni ogółem wg płci i rozpoznai z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Rozpoznanie	Mężczyźni		Kobiety	
		(osoba)	(%)	(osoba)	(%)
Województwo śląskie ogółem		53 234	38,4	85 370	61,6
w tym:					
1.	Organiczne zaburzenia niepsychotyczne	3 992	51,0	3 830	49,0
2.	Organiczne zaburzenia psychotyczne	5 884	41,0	8 465	59,0
3.	Schizofrenia	7 401	42,3	10 086	57,7
4.	Inne zaburzenia psychotyczne i urojenia	2 592	41,0	3 724	59,0
5.	Epizody afektywne	4 098	29,7	9 696	70,3
6.	Depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe	3 621	29,9	8 509	70,1
7.	Inne zaburzenia nastroju (afektywne)	1 737	31,0	3 868	69,0
8.	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne	12 562	31,7	27 116	68,3
9.	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania	67	8,7	703	91,3
10.	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi	201	36,6	348	63,4
11.	Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	2 358	53,6	2 045	46,4
12.	Upośledzenie umysłowe	3 487	53,4	3 039	46,6
13.	Całościowe zaburzenia rozwojowe	703	74,3	243	25,7
14.	Pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego	461	45,2	559	54,8
15.	Zaburzenia zachowania zaczynające się zwykle w dzieciństwie	3 441	63,6	1 969	36,4
16.	Nieokreślone zaburzenia psychiczne	221	32,1	468	67,9

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2010 r.

W województwie śląskim w 2009 r. zachorowalność na zaburzenia psychiczne była znacznie wyższa wśród kobiet niż u mężczyzn. Ponad 61% wszystkich rozpoznai zaburzeń psychicznych leczonych w regionie dotyczyła kobiet. Wśród obu płci najczęstszym rozpoznaniem były zaburzenia nerwicowe związane ze stresem. Leczyło się na nie 31,8% wszystkich leczonych psychiatrycznie kobiet i 23,6% ogółu leczonych mężczyzn. Najrzadszym rozpoznaniem wśród kobiet były całościowe zaburzenia rozwojowe (0,3%), natomiast u mężczyzn zespoły behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania (0,1%).

Chorzy leczeni wg płci i rozpoznai z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (%)
(stan w dniu 31.XII.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

Wśród leczonych psychicznie pacjentów, u kobiet dominowały zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania (91,3%), epizody afektywne (70,3%), depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (70,1%) zaburzenia nastroju-afektywne (69%), zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (68,3%) oraz nieokreślone zaburzenia psychiczne (67,9%). Do najczęstszych rozpoznań wśród mężczyzn należały całościowe zaburzenia rozwojowe (74,3% leczonej populacji), zaburzenia zachowania zaczynające się zwykle w dzieciństwie (63,6%), zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (53,6%) oraz upośledzenie umysłowe (53,4%).

Tabela 25

**Chorzy leczeni według wieku z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie		2007		2008		2009	
			(osoba)	(%)	(osoba)	(%)	(osoba)	(%)
1.	Leczeni ogółem		145 590	100,0	138 167	100,0	138 604	100,0
1.1.	Grupy wiekowe	0-18	16 896	11,6	11 940	8,7	11 993	8,7
		19-29	23 491	16,1	23 241	16,8	21 654	15,6
		30-64	87 428	60,1	85 860	62,1	86 076	62,1
		65 lat i	17 775	12,2	17 126	12,4	18 881	13,6
2.	Leczeni po raz pierwszy		34 550	100,0	34 122	100,0	34 654	100,0
2.1.	Grupy wiekowe	0-18	5 896	17,1	5 001	14,7	5 163	14,9
		19-29	7 213	20,9	7 425	21,8	7 093	20,5
		30-64	17 743	51,3	18 372	53,8	18 504	53,4
		65 lat i	3 698	10,7	3 324	9,7	3 894	11,2

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009, 2010 r.

W roku 2009 w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa, w porównaniu z rokiem ubiegłym, zanotowano wzrost leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi o 437 osób. Największy wzrost chorych odnotowano w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia (o 1 755 os.). Spadek liczby chorych o 6,8% odnotowano jedynie w przedziale wiekowym osób pomiędzy 19-29 rokiem życia (o 1 587 os.). Zarówno w roku 2007, 2008 jak i 2009 wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi korzystających z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z grupy wiekowej 30-64 lata (60% ogółu leczonych w roku 2007, 62% w roku 2008 oraz 2009). Wzrastał również odsetek leczonych po raz pierwszy. W roku 2007 wynosił on 24%, w roku 2008 i 2009 kształtował się na podobnym poziomie (25%). W grupie osób leczonych po raz pierwszy, we wszystkich analizowanych powyżej latach, najwięcej z nich było w wieku 30-64 lata.

Tabela 26

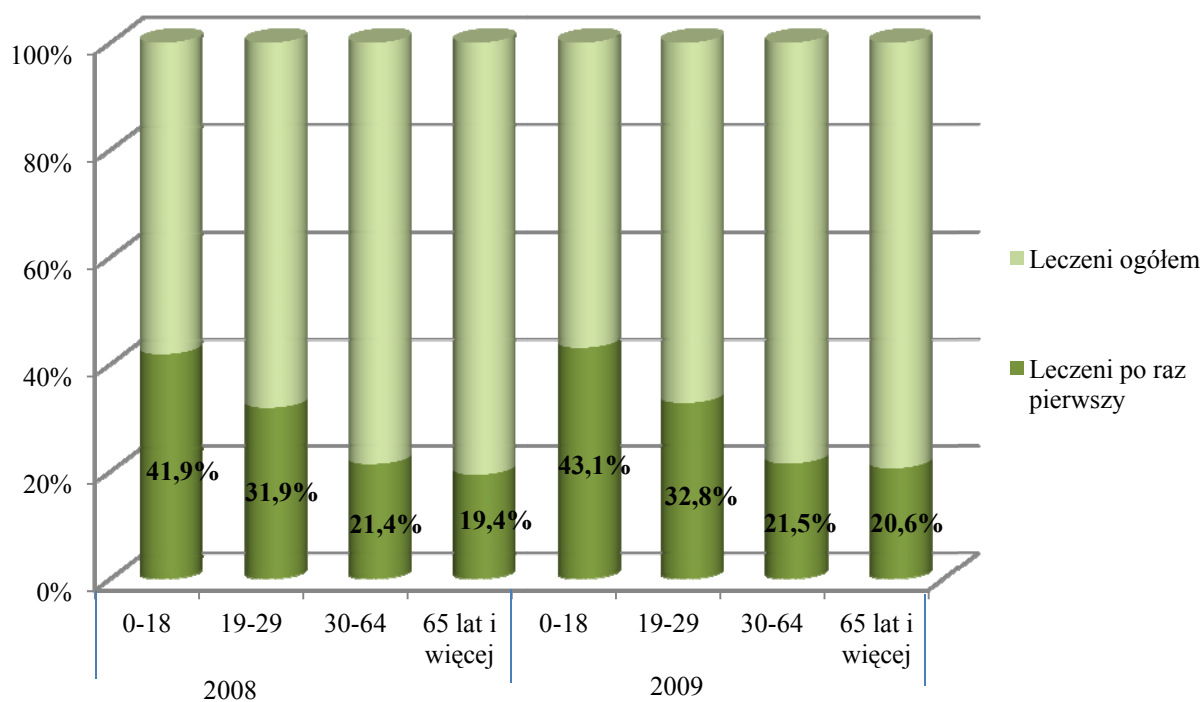
**Zapadalność na zaburzenia psychiczne w jednostkach psychiatrycznych opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2008-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII)**

Lp.	Wyszczególnienie		Leczeni ogółem		w tym: leczeni po raz pierwszy		Zapadalność	
			2008	2009	2008	2009	2008	2009
			(osoba)				(%)	
1.	OGÓŁEM		138 167	138 604	34 122	34 654	24,7	25,0
2.	Grupy wiekowe	0-18	11 940	11 993	5 001	5 163	41,9	43,1
		19-29	23 241	21 654	7 425	7 093	31,9	32,8
		30-64	85 860	86 076	18 372	18 504	21,4	21,5
		65lat i więcej	17 126	18 881	3 324	3 894	19,4	20,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009, 2010 r.

Wykres 17

**Chorzy z zaburzeniami psychicznymi leczeni po raz pierwszy w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2008-2009 (%)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2009, 2010 r.

W roku 2009 odsetek osób leczonych po raz pierwszy wykazywał niewielką tendencję wzrostową w stosunku do roku 2008 we wszystkich grupach wiekowych. W 2009 r. aż 43,1% osób leczonych z zaburzeniami psychicznymi w przedziale wiekowym 0-18 lat, to osoby leczone po raz pierwszy. Odsetek tych osób w relacji do roku 2008 wzrósł o 1,2%. Najmniejszy odsetek (20,6%) osób leczonych po raz pierwszy w 2009 r. zanotowano w grupie wiekowej 65 lat i więcej.

Tabela 27

**Chorzy leczeni wg płci i wieku z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Grupy wiekowe	Leczeni ogółem		w tym: leczeni po raz pierwszy	
		Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
1.	(osoba)				
1.1.	OGÓŁEM	53 234	85 370	13 437	21 217
	0-18	6 872	5 121	2 937	2 226
	19-29	9 200	12 454	2 676	4 417
	30-64	31 010	55 066	6 587	11 917
	65lat i więcej	6 152	12 729	1 237	2 657
2.	(% wg wieku)				
2.1.	0-18	12,9	6,0	21,9	10,5
	19-29	17,3	14,6	19,9	20,8
	30-64	58,3	64,5	49,0	56,2
	65lat i więcej	11,6	14,9	9,2	12,5
3.	(% wg płci)				
3.1.	0-18	57,3	42,7	56,9	43,1
	19-29	42,5	57,5	37,7	62,3
	30-64	36,0	64,0	35,6	64,4
	65lat i więcej	32,6	67,4	31,8	68,2

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2010 r.

W 2009r. w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego najliczniejszą grupę osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych stanowiły kobiety w grupie wiekowej 30– 64 lata (64,5% populacji). Liczba ich wynosiła 55,1 tys. osób, w tym aż 21,6% kobiet leczonych było po raz pierwszy. Drugą wiekowo grupą kobiet, spośród której najwięcej rozpowszechnionych było zaburzeń psychicznych, to grupa osób w wieku 65 lat i więcej (14,9% leczonych w 2009 r. kobiet). Najwięcej dotkniętych chorobą mężczyzn znajdowało się w dwóch przedziałach wiekowych: podobnie jak w przypadku kobiet w grupie wiekowej 30-64 lata

oraz w grupie 19-24 lata. Chorzy mężczyźni dotknięci chorobą po raz pierwszy stanowili 49,0% osób w wieku 30-64 lata. Z przeprowadzonej analizy wynika, że w województwie śląskim najbardziej narażone na choroby psychiczne są kobiety w przedziale wiekowym 30-64 lat oraz po 65 roku życia, wśród mężczyzn z kolei dotyczy to osób: w wieku 0-18 i 19-29 lat.

3.2.2 Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych.

W jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej regionu w 2009 r. leczyło się prawie 3,5 tys. pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych. Wśród pacjentów korzystających ze świadczeń, dominującym rozpoznaniem były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem kilku substancji psychoaktywnych, które stanowiły 41,6% ogółu rozpoznań. Drugą największą grupą uzależnień mających negatywny wpływ na zdrowie mieszkańców województwa są środki uspakajające i nasenne (19,5% populacji leczonej z powodu zażywania środków psychoaktywnych). Aż 11% rozpoznań dotyczyło zaburzeń spowodowanych używaniem opiatów, a 9,5% stanowiły zaburzenia spowodowane używaniem tytoniu.

Tabela 28

**Chorzy z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych leczeni w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

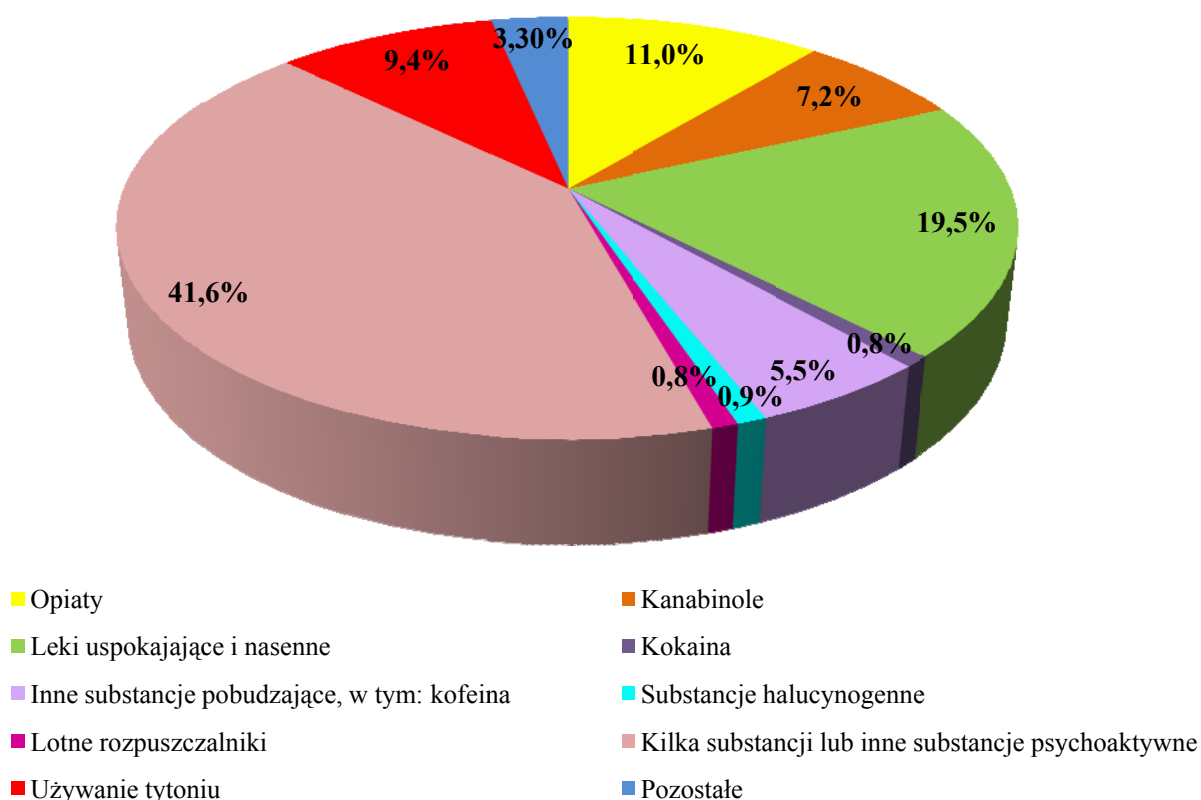
Lp.	Rozpoznanie	Leczeni ogółem		w tym: leczeni po raz pierwszy	
		(osoba)	(%)	(osoba)	(%)
Województwo śląskie ogółem		3 458	100	1 410	100,0
1.	Opiaty	379	11,0	60	4,2
2.	Kanabinole	249	7,2	108	7,7
3.	Leki uspakajające i nasenne	674	19,5	207	14,7
4.	Kokaina	27	0,8	11	0,8
5.	Inne substancje pobudzające, w tym: kofeina	189	5,5	54	3,8
6.	Substancje halucynogenne	33	0,9	9	0,6
7.	Lotne rozpuszczalniki	28	0,8	10	0,7
8.	Kilka substancji lub inne substancje psychoaktywne	1 438	41,6	654	46,4
9.	Używanie tytoniu	327	9,4	183	13,0
10.	Pozostałe	114	3,3	114	8,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

Z ogółu leczonych osób aż 40,8% (1,4 tys. os.) to pacjenci leczenia raz pierwszy. Dominującym rozpoznaniem wśród tej grupy chorych były również zaburzenia spowodowane używaniem kilku substancji psychoaktywnych (46,4%), leków uspokajających i nasennych (14,67%) oraz używaniem tytoniu (13%).

Wykres 18

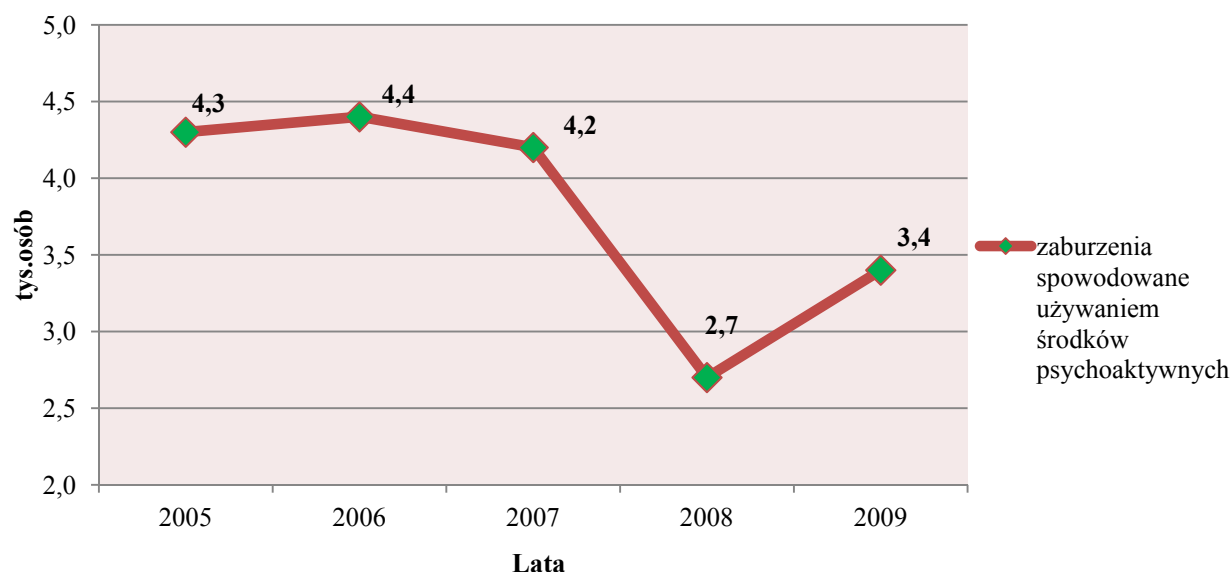
**Leczeni z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (%)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

Od roku 2006 liczba leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych z roku na rok maleje (z 4 435 os. w 2006 do 2 677 os w 2008 r. W roku 2009 nastąpił wzrost leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych (o 781 os.), tj. aż o 29% w stosunku do roku 2008 i dla województwa śląskiego liczba ta wynosiła 3 458 osób.

**Chorzy leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych
w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego
w latach 2005-2009 (tys. osób)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2007,2008,2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2008, 2009, 2010 r.

W 2009 r. liczba mężczyzn z rozpoznaniem zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych, leczonych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, wyniosła prawie 2,3 tys. os. i była o 1 080 osób większa niż w przypadku kobiet (1,9 tys. os.). Najczęstszym zdiagnozowanym rozpoznaniem wśród kobiet (33,4%) było używanie leków uspokajających i nasennych, podczas gdy u mężczyzn (48,2%) było używanie kilku substancji psychoaktywnych. Najmniej spotykanym rozpoznaniem u leczonych obu płci było uzależnienie od kokainy, lotnych rozpuszczalników oraz substancji halucynogennych.

Tabela 29

**Chorzy leczeni ogółem wg płci i rozpoznania z zaburzeniami spowodowanymi używaniem
środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej
województwa śląskiego w 2009 r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Rozpoznanie	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
		(osoba)	(%)	(osoba)	(%)	(osoba)	(%)
Województwo śląskie ogółem		3 458	100,0	2 269	100,0	1 189	100,0
1.	Opiaty	379	11,0	234	10,3	145	12,2
2.	Kanabinole	249	7,2	204	9,0	45	3,8

3.	Leki uspokajające i nasenne	674	19,5	277	12,2	397	33,4
4.	Kokaina	27	0,8	24	1,1	3	0,3
5.	Inne substancje pobudzające, w tym: kofeina	189	5,5	130	5,7	59	5,0
6.	Substancje halucynogenne	33	1,0	23	1,0	10	0,8
7.	Lotne rozpuszczalniki	28	0,8	25	1,1	3	0,3
8.	Kilka substancji lub inne substancje psychoaktywne	1 438	41,6	1 094	48,2	344	29,0
9.	Używanie tytoniu	327	9,5	184	8,1	143	12,0
10.	Inne	114	3,1	26	3,3	40	3,2

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego, Katowice 2010 r.

Rozkład rozpoznanych zaburzeń psychicznych wg płci kształtował się odmiennie w grupie mężczyzn i kobiet. W roku 2009 wśród kobiet przewagę stanowiły rozpoznania uzależnień od leków uspokajających i nasennych (33,4%), substancji psychoaktywnych (28,9%), opiatów (12,2%) oraz używania tytoniu (12%). Z kolei wśród zaburzeń psychicznych u mężczyzn najczęściej leczonych było z powodu zażywania substancji psychoaktywnych (48,2%), leków uspokajających i nasennych (12,2%), opiatów (10,3%), kanabinoli (9,0%) oraz używania tytoniu (8,1%).

Tabela 30

**Chorzy leczeni wg wieku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie		Leczeni ogółem				w tym: leczeni po raz pierwszy			
			2008		2009		2008		2009	
			(osoba)	(%)	(osoba)	(%)	(osoba)	(%)	(osoba)	(%)
1.	Województwo śląskie ogółem		2 677	100,0	3 458	100,0	1 248	100,0	1 410	100,0
2.	Grupa wiekowa	0-18	357	13,3	212	6,1	208	16,7	63	4,5
		19-29	1 049	39,2	1 468	42,5	464	37,2	639	45,3
		30-64	1 179	44,1	1 650	47,7	548	43,9	661	46,9
		65 lat i więcej	92	3,4	128	3,7	28	2,2	47	3,3

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009, 2010 r.

W roku 2009 najliczniejszą grupą wiekową z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych, leczoną w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, byli pacjenci w przedziale wiekowym 30-64 lata. (tj. 47,7% osób z rozpoznaniem uzależnień od środków

psychoaktywnych). W roku 2008 odsetek chorych w tej grupie wiekowej wynosił 44,1% wśród ogółu leczonych osób, natomiast w roku następnym wzrósł o 3,6% i przekroczył poziom 47% leczonych z tego rodzaju uzależnień. Rok 2009 wykazał również wzrost odsetka (o 3%) osób chorych leczonych po raz pierwszy. Drugą pod względem liczebności grupą osób, wśród której rozpoznane zostały zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych była grupa ludzi młodych, w przedziale wiekowym 19-29 lat (42,5% leczonych ogółem osób). Najniższy odsetek leczonych osób uzależnionych od tego typu substancji znajdował się w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia (tylko 3,7% osób). Z ogółu leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych, prawie 41% to osoby leczone po raz pierwszy.

Tabela 31

**Chorzy leczeni wg płci i wieku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Grupy wiekowe	Leczeni ogółem		w tym: leczeni po raz pierwszy	
		Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
1.	(w osobach)				
1.1.	OGÓŁEM	2 269	1 189	936	474
	0-18	145	67	47	16
	19-29	1 045	423	434	205
	30-64	1 017	633	437	224
	65lat i więcej	62	66	18	29
2.	Wg wieku (%)				
2.1.	0-18	6,4	5,6	5,0	3,4
	19-29	46,1	35,6	46,4	43,2
	30-64	44,8	53,2	46,7	47,3
	65lat i więcej	2,7	5,6	1,9	6,1
3.	Wg płci (%)				
3.1.	0-18	68,4	31,6	74,6	25,4
	19-29	71,2	28,8	67,9	32,1
	30-64	61,6	38,4	66,1	33,9
	65lat i więcej	48,4	51,6	38,3	61,7

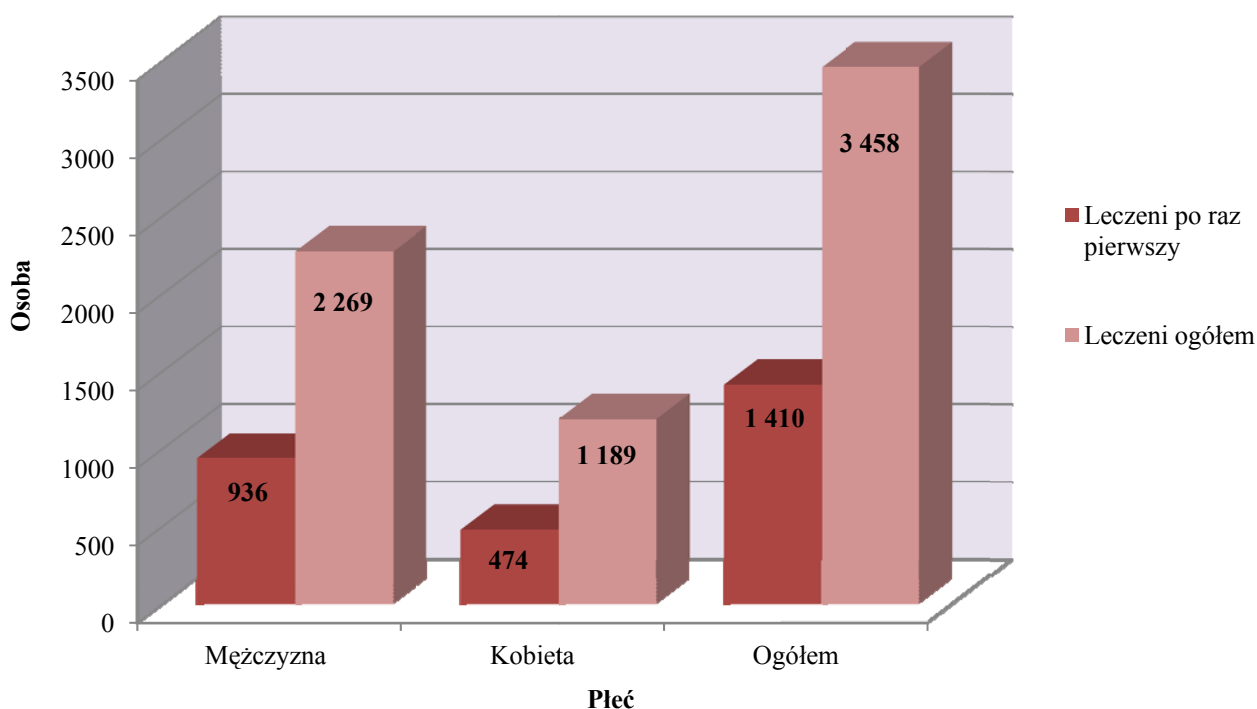
Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 roku. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2010 r.

W 2009 r. w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej z powodu zaburzeń spowodowanych zażywaniem środków psychoaktywnych leczyło się prawie 3,5 tys.

Większość z nich (65,6%) stanowili mężczyźni tj. 2 269 osób. Największy odsetek mężczyzn leczonych z powodu tego typu zaburzeń znajdował się w przedziale wiekowym od 19-29 lat (46,1%). Z kolei dla kobiet najliczniejszą wiekową grupą były osoby w wieku 30-64 lata (53,2% osób leczonych ogółem z tego przedziału wiekowego). Wśród leczonych w województwie osób ogółem z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych, przewaga mężczyzn nad kobietami występowała we wszystkich grupach wiekowych, za wyjątkiem osób powyżej 65 roku życia, w której to aż 51,6% stanowiły kobiety.

Wykres 20

Chorzy leczeni wg płci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (osoba) (stan w dniu 31.XII.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 roku. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

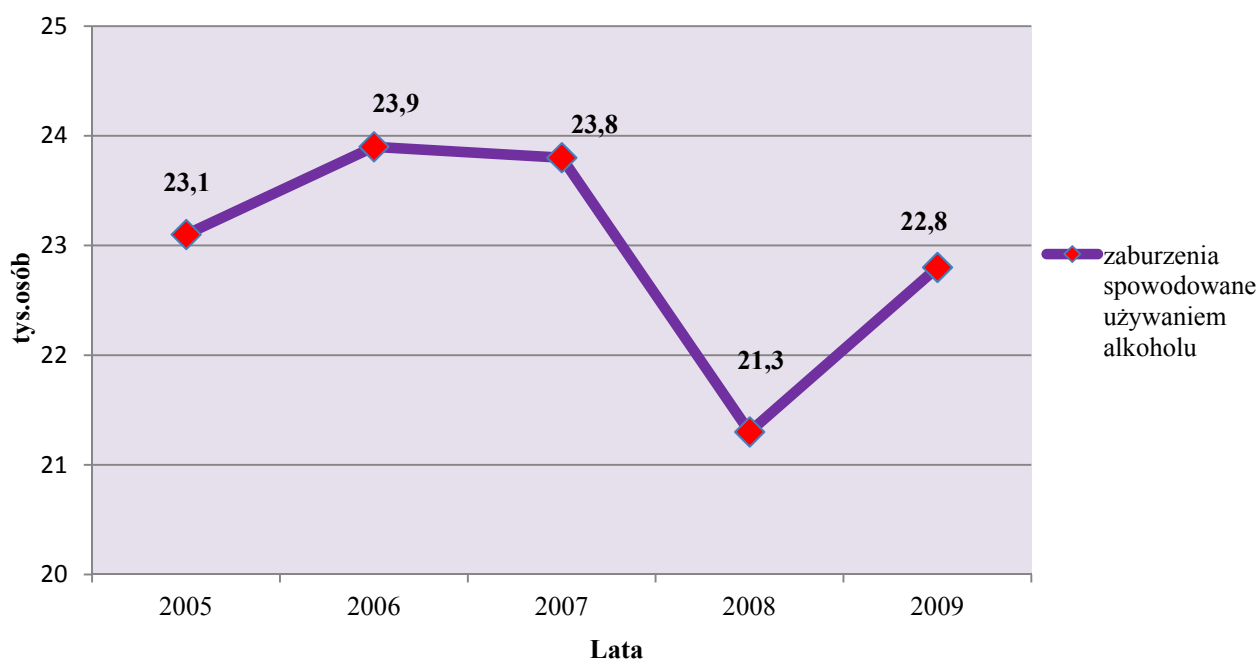
Spośród wszystkich leczonych mężczyzn prawie połowa z nich (41,3%) znalazła się w grupie leczonych po raz pierwszy, wśród kobiet odsetek ten był nieco niższy i wynosił 39,9%.

3.2.3 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu.

Problemy alkoholowe są powszechnie postrzegane jako jedno z najważniejszych zagrożeń społecznych. Wśród najważniejszych z nich należy wymienić nadużywanie alkoholu przez dorosłych jak również uzależnienie od alkoholu oraz picie alkoholu przez dzieci i młodzież. W 2009 r. w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczyło się 22,8 tys. pacjentów, u których rozpoznano zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu. Z ogólnej liczby leczonych zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, najwięcej chorych zdiagnozowanych zostało w grupie zaburzeń związanych z zespołem uzależnienia.

Wykres 21

**Chorzy leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2005-2009 (tys. osób)
(stan w dniu 31.XII.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2007,2008,2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2008,2009,2010 r.

W województwie śląskim na przestrzeni lat 2005-2007, liczba pacjentów leczonych w poradniach dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu utrzymywała się na poziomie powyżej 23 tys. osób. Rok 2008 przyniósł spadek liczby leczonych pacjentów, do poziomu 21 tys. osób, podczas gdy w roku 2009, zanotowano ponowny wzrost liczby pacjentów do 22,8 tys. osób.

Tabela 32

**Chorzy leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Rozpoznanie	Leczeni ogółem		w tym: leczeni po raz pierwszy	
		(osoba)	(%)	(osoba)	(%)
Województwo śląskie ogółem		22 825	100,0	10 281	100,0
w tym:					
1.	Ostre zatrucia	941	4,1	443	4,3
2.	Używanie szkodliwe	1 141	5,0	632	6,1
3.	Zespół uzależnienia	19 425	85,1	8 679	84,4
4.	Zespół abstynencyjny bez majaczenia	808	3,5	358	3,5
5.	Zespół abstynencyjny z majaczeniem	92	0,4	34	0,3
6.	Zaburzenia psychotyczne bez majaczenia	222	1,0	78	0,8
7.	Zespół amnestyczny	36	0,2	8	0,1
8.	Inne zaburzenia psychiczne	157	0,7	46	0,4

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2010 r.

Dominującym rozpoznaniem wśród osób leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu, leczonych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, był zespół uzależnienia. Aż 84% leczonych osób znalazło się właśnie w tej grupie rozpoznań. Wśród pozostałych 16% najczęstszą przyczyną schorzeń były używania szkodliwe (5%), ostre zatrucia (4,1%), rozpoznania dotyczące zespołów abstynencyjnych bez majaczeń (3,5%). Z ogółu leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu, 45% to osoby leczone po raz pierwszy.

Tabela 33

**Chorzy leczeni ogółem wg płci i rozpoznań z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Rozpoznanie	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
		(osoba)	(%)	(osoba)	(%)	(osoba)	(%)
Województwo śląskie ogółem		22 825	100,0	17 294	100,0	5 531	100,0
w tym:							
1.	Ostre zatrucia	941	4,1	754	4,4	187	3,4
2.	Używanie szkodliwe	1 141	5,0	842	4,9	299	5,4
3.	Zespół uzależnienia	19 425	85,1	14 670	84,8	4 755	86,0

4.	Zespół abstynencyjny bez majaczenia	808	3,5	627	3,6	181	3,3
5.	Zespół abstynencyjny z majaczeniem	92	0,4	73	0,4	19	0,3
6.	Zaburzenia psychotyczne bez majaczenia	222	1,0	174	1,0	48	0,9
7.	Zespół amnestyczny	36	0,2	25	0,1	11	0,2
8.	Inne zaburzenia psychiczne	157	0,7	127	0,7	30	0,5

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2010 r.

Spośród wszystkich typów rozpoznań zaburzeń psychicznych, spowodowanych używaniem alkoholu, przeważającą liczbę leczonych stanowią mężczyźni (75,8%), kobiety natomiast 24,2%.

W 2009 r. u mężczyzn leczonych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, rozpoznano ponad 17,2 tys. przypadków zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu. Jest to ponad 3 krotnie więcej rozpoznań (o ponad 11,7 tys. rozpoznań) niż w przypadku kobiet.

Tabela 34

**Chorzy leczeni wg wieku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu
w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego
w latach 2008-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie		2008		2009	
			(osoba)	(%)	(osoba)	(%)
1.	Leczeni ogółem		21 250	100,0	22 825	100,0
1.1.	Grupy wiekowe	0-18	72	0,3	47	0,2
		19-29	2 691	12,7	3 309	14,5
		30-64	17 965	84,5	18 862	82,6
		65 lat i więcej	522	2,5	607	2,7
2.	Leczeni po raz pierwszy		9 417	100,0	10 281	100,0
2.1.	Grupy wiekowe	0-18	35	0,4	24	0,2
		19-29	1 548	16,4	1 742	16,9
		30-64	7 651	81,2	8 313	80,9
		65 lat i więcej	183	1,9	202	2,0

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008, 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009,2010 r.

Rok 2009 w porównaniu z rokiem 2008 przyniósł 7,4% wzrost pacjentów leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu. W 2009 r. najliczniejszą grupą leczonych z tego typu zaburzeniami byli pacjenci w wieku 30-64 lata (82,6%). W porównaniu z rokiem 2008 w grupie tej zmniejszył się odsetek leczonych osób o prawie 2%. O 0,1% zmalał również

odsetek chorych w grupie wiekowej 0-18, natomiast w dwóch pozostałych przedziałach wiekowych, odnotowano wzrost odsetka chorych. Podobna tendencja utrzymywała się wśród osób leczonych po raz pierwszy. W tej grupie osób zdecydowaną przewagę stanowili również chorzy w wieku 30-64 lata, spadek osób leczonych w tej grupie wiekowej w porównaniu z rokiem 2008 wynosił 0,3%. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu najczęściej występowały wśród osób będących w wieku aktywności zawodowej (19-64 lat).

Tabela 35

**Chorzy leczeni wg płci i wieku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu
w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej
województwa śląskiego w 2009r. (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Grupy wiekowe	Leczeni ogółem		w tym: leczeni po raz pierwszy	
		Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
1.	Ogółem (osoba)				
1.1.	OGÓŁEM	17 294	5 531	7 656	2 625
	0-18	32	15	16	8
	19-29	2 457	852	1 219	523
	30-64	14 365	4 497	6 266	2 047
	65lat i więcej	440	167	155	47
2.	Według wieku (%)				
2.1.	0-18	0,2	0,3	0,2	0,3
	19-29	14,2	15,4	15,9	19,9
	30-64	83,1	81,3	81,8	78,0
	65lat i więcej	2,5	3,0	2,0	1,8
3.	Według płci (%)				
3.1.	0-18	68,1	31,9	66,7	33,3
	19-29	74,3	25,7	70,0	30,0
	30-64	76,2	23,8	75,4	24,6
	65lat i więcej	72,5	27,5	76,7	23,3

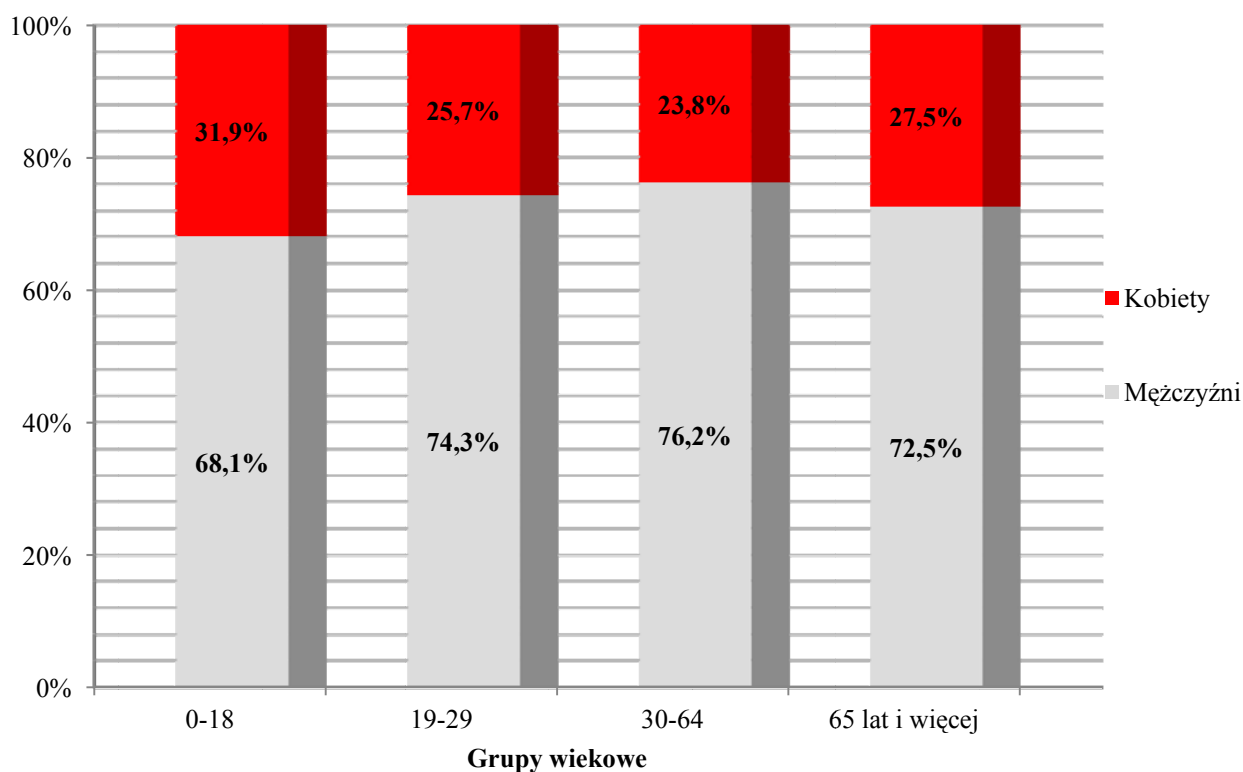
Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2010 r.

Analiza chorych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu, leczonych według płci, wykazała, iż w obu tych grupach ludności najwięcej zaburzeń psychicznych spowodowanych uzależnieniem od alkoholu dotyczyło osób z w wieku 30-64 lata tj. 83,1% leczonych mężczyzn i 81,3% kobiet. Najniższy odsetek leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, to grupy wiekowe do lat 18 i powyżej 65 roku życia.

W 2009 r. z liczącej 47 osób grupy wiekowej 0-18 lat, co stanowiło zaledwie 0,2% wszystkich leczonych z tego rodzaju zaburzeniami, aż 68% leczonych osób stanowili mężczyźni

Wykres 22

Struktura leczonych ogółem wg płci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (%) (stan w dniu 31.XII.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 r. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

W każdej z zaprezentowanych grup wiekowych przewagę osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu stanowili mężczyźni. We wszystkich grupach wiekowych odsetek leczonych mężczyzn w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej prawie trzykrotnie przewyższał odsetek kobiet leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i wynosił ponad 70%, za wyjątkiem grupy wiekowej 0-18 lat (68,1%). Analogiczna sytuacja wystąpiła w grupie osób leczonych po raz pierwszy.

3.3 Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży.

3.3.1 Hospitalizacja dzieci i młodzieży.

W 2009 r. w całodobowych oddziałach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego, leczeniu z powodu zaburzeń psychicznych poddanych zostało łącznie ponad 1,3 tys. dzieci i młodzieży. Zanotowano tym samym o 14 przypadków hospitalizacji więcej niż w roku 2008. Na przestrzeni lat 2007-2009 liczba dzieci i młodzieży hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych regionu spadła o 10%.

Tabela 36

**Najczęstsze rozpoznania u dzieci i młodzieży hospitalizowanej w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych województwa śląskiego w latach 2007-2009(rozpoznanie)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Rozpoznanie	2007			2008			2009		
		Grupy wiekowe (osoba)								
		Ogółem	0-9 lat	10-18 lat	Ogółem	0-9 lat	10-18 lat	Ogółem	0-9 lat	10-18 lat
OGÓŁEM		1 492	133	1 359	1 328	113	1 215	1 342	113	1 229
w tym:										
1.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym zażywaniem środków psychoaktywnych	234	0	234	222	0	222	162	0	162
2.	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	186	16	170	216	13	203	210	17	193
3.	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się w dzieciństwie	160	38	122	100	28	72	92	20	72
4.	Schizofrenia	59	0	59	89	1	88	79	0	79
5.	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	84	0	84	79	0	79	73	0	73
6.	Zaburzenia zachowania	93	4	89	70	2	68	81	4	77
7.	Upośledzenie	58	5	53	65	6	59	72	4	68

	umysłowe lekkie									
8.	Zaburzenia nastroju (afektywne)	45	4	41	59	9	50	81	14	67
9.	Całościowe zaburzenia rozwojowe	55	25	30	54	23	31	66	27	39
10.	Zaburzenia hiperkinetyczne	52	26	26	48	19	29	47	8	39

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej „Zdrowie dzieci i młodzieży w woj. śląskim w oparciu o dane z chorobowości hospitalizowanej”, Katowice 2009, 2010 r.

W roku 2009 wśród rozpoznań dominowały mieszane zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków psychoaktywnych, oraz zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się w dzieciństwie. W 2009 r. w porównaniu z rokiem 2008 znacząco (o 27%) zmniejszyła się liczba hospitalizowanych dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi naprzemiennym zażywaniem środków psychoaktywnych (z 222 osób w 2008 r. do 162 osób w 2009 r.). Istotnie z kolei wzrosła liczba chorych z zaburzeniami nastroju (afektywnych), w stosunku do roku 2008, był to wzrost o ponad 37%.

3.3.2 Lecznictwo ambulatoryjne dzieci i młodzieży.

W roku 2009 leczeniem ambulatoryjnym z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych objętych było ponad 12 tys. dzieci i młodzieży województwa śląskiego.

Tabela 37

**Dzieci i młodzież leczona w jednostkach leczenia ambulatoryjnego dla osób
z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu
oraz innych substancji psychoaktywnych w województwie
śląskim w latach 2007-2009 (osoba)
(stan w dniu 31.XII.)**

Lp.	Wyszczególnienie	2007		2008		2009	
	Ogółem	17 541	100,0	12 369	100,0	12 252	100,0
1.	Leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień)	16 896	96,3	11 940	96,5	11 993	97,9
2.	Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych	535	3,1	357	2,9	212	1,7

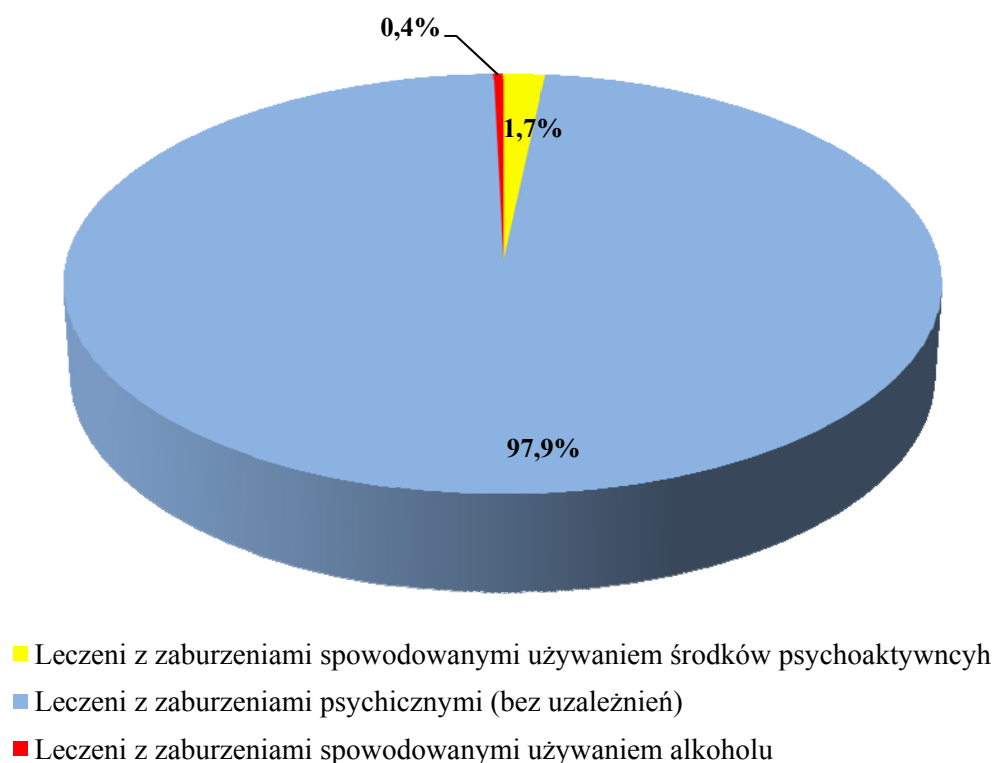
3.	Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu	110	0,6	72	0,6	47	0,4
----	---	-----	-----	----	-----	----	-----

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zdrowie dzieci i młodzieży w woj. śląskim w oparciu o dane z chorobowości hospitalizowanej”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2009.

W roku 2009 pacjenci z grupy wiekowej 0-18 lat stanowili 7,4% wszystkich leczonych osób w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej regionu. Od roku 2007 obserwuje się spadek liczby dzieci i młodzieży objętej psychiatryczną opieką ambulatoryjną z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnienia od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych. Z roku 2007 do 2008 r. liczba chorych zmniejszyła się prawie o 30%, natomiast z roku 2008 do 2009 r. spadek leczonej liczby dzieci i młodzieży wynosił zaledwie 1%. W stosunku do roku 2008, największy 40,6% spadek zanotowano wśród dzieci i młodzieży leczonej w grupie rozpoznania z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych.

Wykres 23

Struktura dzieci i młodzieży leczonych wg wybranych zaburzeń w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r. (%)
(stan w dniu 31.XII.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Zdrowie dzieci i młodzieży w województwie śląskim w oparciu o dane z chorobowości hospitalizowanej”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

W latach 2007-2009, w gronie dzieci i młodzieży leczonej w psychiatrycznych placówkach ambulatoryjnych województwa, najliczniejszą grupę stanowiły dzieci i młodzież z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień. W 2009 r. opieką z tego tytułu uzależnień objętych zostało 97,9% leczonych osób. Grupa dzieci i młodzieży leczona z uzależnień powstałych w wyniku używania środków psychoaktywnych stanowiła zaledwie 1,7% leczonych, 0,4% leczonych osób dotyczył natomiast zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu.

4. Instytucje pomocy i integracji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Pomoc społeczną w Polsce organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując z organizacjami pozarządowymi, kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

W zasięgu zainteresowań systemu pomocy społecznej znajdują się następujące kwestie społeczne: ubóstwo, wykluczenie społeczne (marginalizacja), bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność oraz wiele innych kształtujących trudną życiowo sytuację jednostki, w szczególności sytuację ekonomiczną. Na szczeblu województwa istnieją dwie odrębne struktury organizacyjne – administracji rządowej i samorządowej. Zadania rządowe na szczeblu województwa wykonuje wojewoda. Zadania wojewody w zakresie pomocy społecznej realizowane są przez wydział polityki społecznej urzędu wojewódzkiego (kontrola i nadzór nad realizacją zadań samorządu gminnego, powiatowego i województwa, w tym nad jakością działalności jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w zakresie zadań zleconych). Zadania samorządowe wykonuje marszałek województwa przy pomocy regionalnego ośrodka polityki społecznej - jednostki organizacyjnej powołanej do realizacji zadań pomocy społecznej w województwie samorządowym.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą korzystać ze wsparcia *jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz instytucji integracji społecznej (rehabilitacji zawodowej i społecznej)*.

Do pierwszej grupy zalicza się:

1. Środowiskowy dom samopomocy,
2. Dom pomocy społecznej,
3. Mieszkanie chronione,
4. Powiatowe centrum pomocy rodzinie,
5. Rodzinny dom pomocy społecznej,
6. Ośrodek interwencji kryzysowej,
7. Hostel przy ośrodku interwencji kryzysowej,
8. Ośrodek Pomocy Społecznej.

Do drugiej grupy należy natomiast:

1. Centrum integracji społecznej,
2. Klub integracji społecznej,
3. Zakład aktywności zawodowej,
4. Zakład pracy chronionej,
5. Warsztat terapii zajęciowej.

Rehabilitacja obejmuje wiele form oddziaływań psychoterapeutycznych odnoszących się do chorego (również terapię i edukację rodziny), uzupełnione o różnorodne działania środowiskowe. Celem rehabilitacji jest wyposażenie chorego z zaburzeniami psychicznymi w umiejętności fizyczne, intelektualne i emocjonalne potrzebne do życia, uczenia się i pracy w społeczeństwie, przy możliwie najmniejszym wsparciu ze strony osób i instytucji zawodowo zajmujących się pomaganiem. Leczenie osób chorych psychicznie kieruje się coraz bardziej ku środowisku bliskiego miejsca zamieszkania. Podstawowym warunkiem takiego „środowiskowego” programu rehabilitacji jest ścisła współpraca między oddziałami szpitalnymi i ośrodkami pozaszpitalnymi, tak aby w chwili opuszczania oddziału całodobowego, każdy chory mógł otrzymać propozycję indywidualnie zaplanowanej i dostosowanej do jego aktualnych potrzeb opieki pozaszpitalnej. Aby możliwe było powstanie takiego programu leczenia potrzebne jest zbudowanie całego systemu współpracujących ze sobą instytucji środowiskowych, łatwo dostępnych i otwartych na wszystkich pacjentów. Stworzyć należy programy leczenia i rehabilitacji dające szansę na rozwój zawodowy i współudział w życiu społecznym. Chorzy mogą uzyskać pomoc w oddziałach dziennych, poradniach rodzinnych, ambulatoriach terapii i rehabilitacji zaburzeń, warsztatach terapii zajęciowej (WZT), zakładach aktywności zawodowej (ZAZ) lub środowiskowych domach samopomocy (ŚDS). Wszystkie te ośrodki mają charakter ośrodków dziennych niezależnie od źródła jego finansowania (tzn. czy są finansowane przez NFZ, zakład opieki zdrowotnej czy PFRON). Zespoły pracujące w trybie ośrodków powinny ze sobą ściśle współpracować. To, w którym ośrodku pacjent będzie kontynuował leczenie zależeć będzie od ustaleń między zespołem terapeutycznym, chorym i jego rodziną. Problemy zdrowotne nie ograniczają się tylko do osób chorych i uzależnionych, lecz swym zasięgiem obejmują także członków ich rodzin. Po opuszczeniu szpitala psychiatrycznego pomocy potrzebują nie tylko pacjenci (aby kontynuować leczenie) lecz również rodziny chorych, które dla skuteczności terapii powinny również zostać włączone w system współpracy. Leczenie współuzależnień wymaga odpowiedniego postępowania terapeutycznego, należy położyć nacisk na wielostronność oddziaływania w celu wprowadzenia korzystnych zmian w różnych obszarach życia zawodowego, rodzinnego, towarzyskiego, społecznego. W ostatnich latach w systemie opieki szpital traci swoje kluczowe znaczenie, prowadzenie treningu społecznych umiejętności przypada różnym grupom terapeutycznym w formach pośrednich i ambulatoryjnych (zależnie od fazy leczenia, stawianych celów oraz motywacji własnej pacjenta).

4.1 Jednostki organizacyjne pomocy społecznej.

4.1.1 Środowiskowy Dom Samopomocy (ŚDS).

Jednym z najważniejszych elementów wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi są Środowiskowe Domy Samopomocy, których działalność skierowana jest do trzech grup osób:

- chorych psychicznie z przewlekłymi zaburzeniami psychotycznymi,
- niepełnosprawnych intelektualnie,
- z innymi przewlekłymi zaburzeniami czynności psychicznych.

ŚDS jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej, działającą w ramach realizacji zadań zleconych z zakresu administracji rządowej. Do głównych celów działalności ŚDS należy zaliczyć budowanie sieci oparcia społecznego, przygotowanie do życia w społeczeństwie i funkcjonowania w środowisku osób przewlekłe psychicznie chorych oraz niepełnosprawnych intelektualnie. ŚDS prowadzone i finansowane są przez organy do spraw pomocy społecznej, mogą tworzone być również przez inne podmioty, takie jak np. organizacje pożytku publicznego. ŚDS jako jednostka organizacyjna pomocy społecznej, ma zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi formy pomocy półstacjonarnej, do których zaliczyć można: trening umiejętności życia codziennego, trening umiejętności społecznych i interpersonalnych, terapię zajęciową, poradnictwo psychologiczne i socjalne oraz psychoedukację.

Celem ŚDS jest:

- stworzenie osobom po kryzysie psychicznym miejsca dającego poczucie bezpieczeństwa, akceptacji oraz braku izolacji społecznej,
- budowa społeczności opartej na zasadzie wzajemnej życzliwości, zrozumienia problemu, wsparcia w dążeniu do poprawy jakości życia i samodzielności,
- rozbudzenie i podtrzymywanie własnych zainteresowań, wygaszanie tendencji autystycznych, podnoszenie poziomu aktywności fizycznej, psychicznej oraz twórczej,
- podnoszenie kompetencji w zakresie zaradności życiowej, umiejętności społecznych i interpersonalnych, aktywizacji zawodowej,
- nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów ze społecznością lokalną poprzez promocję zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej, wyrabianie i podtrzymywanie u uczestników zainteresowania życiem społecznym i kulturalnym.

Rozróżnia się następujące typy Środowiskowych Domów Samopomocy:

A – dla osób przewlekłe chorych psychicznie,

B – dla osób upośledzonych umysłowo,

C - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzeniami czynności psychicznych

Dany ŚDS może obejmować wsparciem więcej niż jedną kategorię osób.

4.1.2 Dom Pomocy Społecznej (DPS).

Dom Pomocy Społecznej to instytucja świadcząca na poziomie obowiązującego standardu, osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb.

DPS mogą być przeznaczone dla:

- a) osób w podeszłym wieku,
- b) osób przewlekle somatycznie chorych,
- c) osób przewlekle psychicznie chorych,
- d) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- e) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- f) osób niepełnosprawnych fizycznie,

O umieszczenie w DPS może ubiegać się osoba potrzebująca opieki, która nie ma zapewnionych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Mogą to być również osoby przewlekle chore, których stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego, natomiast istnieje uzasadniona potrzeba stałej opieki. Głównym zadaniem DPS jest zapewnienie całodobowej opieki oraz zaspokojenie niezbędnych potrzeb bytowych, edukacyjnych i społecznych. DPS pokrywa w całości wydatki związane z zapewnieniem całodobowej opieki mieszkańcom oraz zaspokojeniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych. Osoby przebywające w DPS korzystają z świadczeń przysługujących z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Uprawnionymi do prowadzenia DPS są:

- jednostki samorządu terytorialnego,
- Kościół Katolicki, inne związki wyznaniowe,
- fundacje i stowarzyszenia,
- pozostałe osoby prawne,
- osoby fizyczne.

Organem wydającym zezwolenie na prowadzenie DPS jest wojewoda.

4.1.3 Mieszkanie Chronione (MCH).

Mieszkanie Chronione jest świadczeniem niepieniężnym przeznaczonym dla osób, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonego przez jednostkę całodobowej opieki (wizyty personelu są codzienne, ale tylko kilkugodzinne), w szczególności osobom z zaburzeniami psychicznymi, osobom opuszczającym rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo-wychowawczą, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich,

a także cudzoziemcom, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. Celem mieszkania chronionego jest przygotowanie przebywającej w nim osoby do prowadzenia samodzielnego życia i funkcjonowania w środowisku. Chorym udzielane jest wsparcie w postaci terapii indywidualnej i grupowej, a także pomocy w poszukiwaniu pracy lub dalszych możliwości kształcenia. Za koniecznością tworzenia tego rodzaju pomocy przemawia fakt, iż osoby dotknięte chorobą psychiczną, po ukończeniu hospitalizacji wracają do swoich środowisk zamieszkania, gdzie pozostają bierni, często nie radząc sobie z problemami życia codziennego, a pozbawieni wsparcia najbliższych nie potrafią sprostać życiu społecznemu. Czas pobytu w MCH jest uzależniony od indywidualnych potrzeb osób usamodzielnianych, jednak nie powinien trwać dłużej niż 24 miesiące. W uzasadnionych przypadkach okres pobytu może ulec wydłużeniu. Pobyt w MCH jest odpłatny. MCH jest kolejnym etapem wdrażania chorego w samodzielne funkcjonowanie i integrację z tzw. zdrowym społeczeństwem. To forma pomocy społecznej wspierająca osoby chore w ponownym i stopniowym powrocie do funkcjonowania w społeczeństwie. Instytucja mieszkań chronionych ma usamodzielniać osoby w nich przebywające, wspierać i rehabilitować społecznie.

4.1.4 Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR).

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie to jednostka organizacyjna, która w powiecie wykonuje zadania z zakresu pomocy społecznej oraz rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych. Zadania PCPR w miastach na prawach powiatu, realizują miejskie ośrodki pomocy społecznej (miejskie ośrodki pomocy rodzinie). Jednym z celów PCPR jest udzielanie pomocy socjalnej i prawnej osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz współdziałanie z zakładami opieki zdrowotnej i sądami, w zakresie określonym ustawą o ochronie zdrowia psychicznego. Wsparcia w tego typu jednostkach udziela się po to, by pomóc osobie i rodzinie odzyskać własną zdolność i zasoby psychiczne do radzenia sobie w codziennym życiu oraz w trudnych sytuacjach życiowych. Osoba poddana terapii ma odzyskać zdolność do samodzielnego funkcjonowania we własnym środowisku i społeczności. Przy pomocy PCPR starosta sprawuje nadzór nad działalnością dotyczącą m.in. osób niepełnosprawnych, rodzinnej opieki zastępczej, ośrodków adopcyjno-opiekuńczych, jednostek specjalistycznego poradnictwa (np. rodzinnego), ośrodków wsparcia, domów pomocy społecznej i placówek opiekuńczo-wychowawczych.

4.1.5 Rodzinny Dom Pomocy Społecznej (RDPS).

Zadaniem Rodzinnego Domu Pomocy Społecznej jest zapewnienie całodobowej opieki dla osób (nie mniej niż 3, a nie więcej niż 8 os.) w podeszłym wieku. Jest to nowa forma usług świadczonych w ramach pomocy społecznej. Osoby lub rodziny, które zgłoszą gotowość

prowadzenia rodzinnych domów pomocy społecznej zawierają z gminą porozumienie. Na mocy tego porozumienia określone zostaną obowiązki obu stron. Osoby prowadzące RDPS zobowiązane są do świadczenia usług opiekuńczych i bytowych, zgodnie ze standardami określonymi w rozporządzeniu oraz do poddania się kontroli ośrodka pomocy społecznej. Opłatę za pobyt w RDPS ponosi osoba przebywająca w tym domu lub jej rodzina. W RDPS osoby w podeszłym wieku otrzymają pomoc w podstawowych czynnościach życia codziennego, a także pomoc przy zakupie odzieży i obuwia, pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Osobom wymagającym z powodu wieku pomocy innych osób, RDPS świadczy przez całą dobę:

- usługi bytowe zapewniające:
 - miejsce pobytu,
 - wyżywienie,
 - utrzymanie czystości,
- usługi opiekuńcze zapewniające:
 - udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
 - pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby,
 - opiekę higieniczną, pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych oraz w zakupie niezbędnych leków zaleconych przez lekarza,
 - niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych,
 - kontakty z otoczeniem,
 - organizację czasu wolnego,
 - pomoc w zakupie odzieży i obuwia oraz niezbędnych artykułów osobistego użytku.

Osobę wymagającą całodobowych usług bytowych i opiekuńczych kieruje się na pobyt stały lub okresowy do RDPS na jej wniosek lub za jej zgodą, na wniosek opiekuna prawnego, złożony w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

4.1.6 Ośrodek Interwencji Kryzysowej (OIK).

Ośrodek interwencji kryzysowej to jednostka organizacyjna pomocy społecznej zajmująca się świadczeniem specjalistycznych usług, zwłaszcza psychologicznych, prawnych, hotelowych, które są dostępne przez całą dobę (osobom, rodzinom i społecznościom będącym ofiarami przemocy lub znajdującym się w innej sytuacji kryzysowej) w celu zapobieżenia powstawania lub pogłębiania się dysfunkcji tych osób, rodzin lub społeczności.

W przypadku osób, które z powodu zaostrzenia choroby psychicznej lub innej przyczyny prowadzącej do kryzysu psychicznego, nie są w stanie samodzielnie funkcjonować, celem OIK jest udzielanie natychmiastowej, kompleksowej pomocy. Pomoc udzielana w ośrodku może

przyjmować różne formy w zależności od problemu, a także od stanu psychicznego zgłaszającej się osoby. Rodzaj pomocy, jej zakres i forma za każdym razem dostosowywane są do indywidualnych potrzeb jednostki. Ze wsparcia OIK może skorzystać każdy, bez względu na wiek i płeć.

4.1.7 Hostel przy Ośrodku Interwencji Kryzysowej.

Hostel jest formą opieki i rehabilitacji dla osób po psychiatrycznym leczeniu szpitalnym, których aktualny stan zdrowia pozwala na zadawalające funkcjonowanie w grupie poza placówkami stacjonarnej opieki zdrowotnej. Z pobytu w Hostelu mogą skorzystać osoby z zaburzeniami psychicznymi, których sytuacja mieszkaniowa jest szczególnie trudna (osoby bezdomne, pochodzące z rodzin niewydolnych wychowawczo lub patologicznych, mieszkające daleko od placówek zapewniających rehabilitację psychiatryczną) i wymagają tymczasowego pobytu w tzw. warunkach chronionych. Pacjenci korzystający z tej formy pomocy, mają zapewnione:

- zamieszkanie przez określony czas w Hostelu,
- specjalistyczną opiekę (konsultujący lekarz psychiatra, kierownik, psycholog),
- rehabilitację psychospołeczną (kontakt z psychologiem i lekarzem, obowiązkowy udział w zajęciach instytucji dziennej opieki psychiatrycznej).

Hostel jest formą pomocy społecznej, przygotowującą osoby po kryzysie psychotycznym do prowadzenia samodzielnego życia (osoby w nim przebywające zachęcane są do samodzielności jak również uczone są do działania wg zasad życia wspólnotowego: współodpowiedzialności i współdziałania), jednocześnie chorym udzielne jest wsparcie w postaci terapii indywidualnej i grupowej, a także pomocy w poszukiwaniu pracy lub dalszych możliwości kształcenia. Hostel to miejsce zamieszkania osób chorych gwarantujące całodobową opiekę personelu, pełni funkcję mieszkania terapeutycznego.

4.1.8 Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS).

Ośrodek Pomocy Społecznej to jednostka organizacyjna, która w ramach realizacji zadań gminy zajmuje się przyznawaniem i udzielaniem świadczeń pieniężnych, pomocy rzeczowej oraz pracy socjalnej. Do zadań OPS należy też z reguły koordynacja realizacji pozostałych zadań gminy z zakresu pomocy społecznej.

W miastach na prawach powiatu OPS łączy funkcje Ośrodka Pomocy Społecznej oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

4.2. Instytucje rehabilitacji zawodowej i społecznej.

Rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobom chorym psychicznie uzyskania i utrzymania zatrudnienia (służą temu: szkolnictwo zawodowe, poradnictwo i pośrednictwo pracy). Rehabilitacja społeczna służy natomiast temu, aby osoby chore psychicznie stały się pełnoprawnymi uczestnikami życia społecznego. Aktywność zawodowa u osób chorych psychicznie powiązana jest z tak istotnymi elementami, jak poczucie przynależności, możliwość nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych czy samoocena. Praca dla tych osób jest często główną formą integracji społecznej i uczestnictwa w życiu społeczno-gospodarczym. Jej brak oznacza więc nie tylko brak środków finansowych, ale również deficyty psychospołeczne. Dlatego też, ważne jest właściwe przygotowanie instytucji działających na rzecz osób niepełnosprawnych do realizacji zadań w zakresie rehabilitacji zawodowej. Rehabilitacją zawodową i społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi zajmują się: Zakłady Aktywności Zawodowej, Zakłady Pracy Chronionej, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Centra Integracji Społecznej.

4.2.1 Centrum Integracji Społecznej (CIS).

Instytucja Centrum Integracji Społecznej została przewidziana *ustawą z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym* (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r. Nr 43., poz. 225). CIS jest jednostką organizacyjną realizującą reintegrację zawodową i społeczną (pojęcia te zdefiniowano ustawą) przez następujące usługi:

- kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiąganie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu,
- nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych,
- naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem,
- uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi.

Centrum może zostać utworzone przez wójta (burmistrza/prezydenta miasta) i organizację pozarządową (w rozumieniu przepisów o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie działająca na rzecz osób, o których mowa niżej). Centrum utworzone przez wójta działa w formie gospodarstwa pomocniczego, zgodnie z przepisami o finansach publicznych, natomiast Centrum utworzone przez organizację pozarządową działa w formie jednostki wyodrębnionej organizacyjnie i finansowo w sposób zapewniający należyłą identyfikację pod względem organizacyjnym i finansowym.

Status Centrum nadaje wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej.

Oferta zatrudnienia w Centrach może być skierowana do:

- bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,
- uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,
- uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,
- chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych, znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

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, który w zasadzie nie powinien trwać dłużej niż 12 miesięcy, uczestnik kierowany jest na rynek pracy w ramach tzw. zatrudnienia wspieranego.

4.2.2 Klub Integracji Społecznej (KIS).

Zasady działania Klubów Integracji Społecznej uregulowano przepisami przywołanej wyżej *ustawy o zatrudnieniu socjalnym*. To jednostka, której celem jest udzielenie pomocy osobom indywidualnym oraz ich rodzinom w odbudowywaniu i podtrzymywaniu umiejętności uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej, w powrocie do pełnienia ról społecznych oraz w podniesieniu kwalifikacji zawodowych, jako wartości na rynku pracy. KIS działa na rzecz integrowania się osób o podobnych trudnościach i problemach życiowych. To jednostka pomagająca samoorganizować się ludziom w grupy, podejmować wspólne inicjatywy i przedsięwzięcia w zakresie aktywizacji zawodowej, w tym zmierzające do tworzenia własnych miejsc pracy.

Klub może zostać utworzony przez gminę lub organizację pozarządową prowadzącą reintegrację zawodową i społeczną dla osób, uzależnionych od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego oraz chorych psychicznie w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego (tj. takich, które mogą zostać zatrudnione w centrum integracji społecznej).

W KIS można organizować w szczególności:

- działania mające na celu pomoc w znalezieniu pracy na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy u pracodawców, wykonywanie usług na podstawie umów cywilnoprawnych oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia,
- prace społecznie użyteczne,
- roboty publiczne,
- poradnictwo prawne,
- działalność samopomocową w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych.

Uczestnictwo w KIS jest dobrowolne, jednak jego warunkiem jest realizacja kontraktu socjalnego, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej.

4.2.3 Zakład Aktywności Zawodowej (ZAZ).

Zakłady Aktywności Zawodowej przeznaczone są dla osób z różnymi typami niepełnosprawności, w tym również dla osób psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie. Zgodnie z założeniami przyjętymi przez ustawodawcę są one w polskim systemie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, ogniwem pośrednim pomiędzy warsztatami terapii zajęciowej, a zakładami pracy chronionej i otwartym rynkiem pracy. W ZAZ zatrudniane są osoby, które w wyniku rehabilitacji nabyły już określone umiejętności zawodowe. Celem ZAZ jest przygotowanie osób niepełnosprawnych do życia w otwartym środowisku. W ZAZ, podobnie jak w warsztatach terapii zajęciowej prowadzona jest rehabilitacja społeczna, zawodowa oraz w pewnym zakresie lecznicza, główny jednak nacisk kierowany jest na rehabilitację zawodową. Oferta działania zakładu skierowana jest przede wszystkim do osób niepełnosprawnych - grup osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz schorzeniami psychicznymi, które ustawodawca uznał za będące w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy, czyli mających największe problemy z zatrudnieniem. Uzewnętrznia się to przede wszystkim wymogiem zatrudniania przez zakład co najmniej 70% osób niepełnosprawnych, o znacznym stopniu niepełnosprawności lub osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w tym osób w stosunku do których rada programowa zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej

w warunkach pracy chronionej - w szczególności skierowanych do pracy przez powiatowe urzędy pracy. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności nie może być wyższy niż 35% ogółu zatrudnionych. Oprócz świadczenia pracy przez osoby niepełnosprawne pracodawca jest zobowiązany do zapewnienia zajęć rehabilitacyjnych (wynoszą one nie mniej niż 60 minut dziennie i mogą ulec przedłużeniu do 120 minut dziennie). Działania ZAZ są współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (nie więcej niż 70% kosztów działania zakładu) oraz ze środków samorządu województwa w wysokości co najmniej 10%. ZAZ jest formą wsparcia osób niepełnosprawnych we wchodzeniu lub powrocie na rynek pracy. Organizatorem ZAZ może być powiat, gmina, fundacja, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych. Przyjmuje się, iż rolą zakładów jest co do zasady realizacja trzech rodzajów rehabilitacji:

- zawodowej, rozumianej jako przygotowanie do wykonywania czynności na danym stanowisku pracy, wyposażenie pracownika w niezbędne umiejętności, a w miarę możliwości i kwalifikacje zawodowe (np. uprawnienia, certyfikaty itp.),
- leczniczej, poprzez zapewnienie dostępu na terenie zakładu do usług rehabilitacyjnych (urządzeń i fachowej kadry),
- społecznej – pomoc w odnalezieniu się w nowej roli, w pełnieniu różnych ról społecznych, codziennym funkcjonowaniu, poprawie jakości życia.

Kwestie związane z działaniem i tworzeniem ZAZ reguluje *art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu 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.).

4.2.4 Zakład Pracy Chronionej (ZPCH).

Zakład Pracy Chronionej jest to zakład zatrudniający nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (wymóg ten dotyczy łącznej liczby etatów, a nie ilości pracowników, którzy mogą być zatrudnieni w niepełnym wymiarze czasu pracy). Podstawowym celem zakładu pracy chronionej jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym odpowiedniej dla nich pracy, opieki medycznej i rehabilitacyjnej. Jest to placówka przystosowana do zatrudniania osób niepełnosprawnych oraz służąca zwiększaniu aktywności zawodowej wśród osób dotkniętych inwalidztwem. W ZPCH niepełnosprawni pracownicy muszą stanowić co najmniej 40% ogółu personelu. Wymóg ten ulega obniżeniu do 30% w przypadku zatrudniania osób niewidomych, upośledzonych umysłowo bądź cierpiących na choroby psychiczne. Warunki pracy w ZPCH muszą

być dostosowane do stopnia i rodzaju niepełnosprawności zatrudnionych w nim osób. Pracodawca zobowiązany jest również do zapewnienia niepełnosprawnym pracownikom właściwej opieki medycznej i rehabilitacyjnej. Uzyskanie przez placówkę statusu zakładu pracy chronionej wiąże się z różnymi preferencjami (ulgi podatkowe oraz zwolnienia z opłat związanych z kierowaniem firmą). Zakład może ubiegać się o różnego rodzaju dofinansowania, zwłaszcza o dofinansowanie do wynagrodzeń niepełnosprawnych pracowników. Pracownicy zaliczani do znacznego stopnia niepełnosprawności, osiągający odpowiedni poziom sprawności społecznej i zawodowej, uzyskują możliwość zatrudnienia u innego pracodawcy. Rehabilitacja zawodowa, społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych w ZPCH prowadzona jest w oparciu o opracowany przez zakład, program rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej oraz indywidualny program rehabilitacji osoby niepełnosprawnej.

4.2.5 Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ).

Warsztat jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówką, stwarzającą osobom niezdolnym do podjęcia pracy, możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej, w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Warsztat nie jest placówką samodzielną, ale stanowi część większej struktury organizacyjnej wyposażonej w osobowość prawną lub posiadającej zdolność do czynności prawnych. WTZ może być organizowany przez fundacje, stowarzyszenia lub przez inne podmioty. Celem warsztatu jest usamodzielnienie uczestników i przygotowanie ich do podjęcia zatrudnienia na chronionym lub otwartym rynku pracy. WTZ realizuje zadania w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej zmierzające do ogólnego rozwoju i poprawy sprawności, niezbędnych do prowadzenia przez osobę niepełnosprawną samodzielnego i aktywnego życia. Jego zadaniem jest również popularyzowanie potencjalnych możliwości i prawa do godnego życia osób niepełnosprawnych. Uczestnikami warsztatu mogą być osoby posiadające prawnie potwierdzony status niepełnosprawności, niezdolne do podjęcia pracy. Zgłoszenia osób niepełnosprawnych, które chcą uczestniczyć w warsztacie przyjmuje i zatwierdza jednostka zamierzająca utworzyć warsztat lub jednostka prowadząca warsztat. Zadaniem WTZ jest rozwijanie umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej. Jest placówką pobytu dziennego, w której czas trwania zajęć nie może przekroczyć 7 godzin dziennie i 35 godzin tygodniowo. W WTZ zajęcia prowadzone są zgodnie z indywidualnym programem rehabilitacji i terapii. Osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy, dają możliwość aktywnej rehabilitacji społecznej i zawodowej. Placówka wykorzystuje wiele form terapii, które wspomagają rehabilitację społeczną i zawodową, wśród nich wymienić można: ćwiczenia ogólnie usprawniające, pomoc psychologiczną, psychoterapię indywidualną i grupową, przygotowanie do pracy na stanowisku pracy. Jednym z wyznaczników

skutecznie przeprowadzonej terapii jest podjęcie pracy przez jej uczestników. Opuszczanie placówek WTZ oraz rozpoczynanie pracy na otwartym rynku pracy jest najbardziej pożądanym, docelowym efektem terapii. Aktualnie zakres działania WTZ reguluje *art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* oraz *Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej* (Dz. U. z dnia 15 kwietnia 2004 r.). Uczestnictwo w WTZ należy do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. Zainteresowani uczestnictwem w warsztacie powinni mieć orzeczony (przez powiatowy zespół ds. orzekania) stopień niepełnosprawności wraz ze wskazaniem uczestnictwa w warsztacie oraz ukończony 16. rok życia. Działalność warsztatu jest działalnością o charakterze niezarobkowym. Organizatorem WTZ mogą być fundacje, stowarzyszenia lub inne podmioty. Jednostka zamierzająca utworzyć warsztat składa do właściwego, ze względu na siedzibę warsztatu, powiatowego centrum pomocy rodzinie, wniosek o dofinansowanie kosztów utworzenia i działalności warsztatu, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Powiat zawiera z jednostką zamierzającą utworzyć warsztat umowę określającą warunki i wysokość dofinansowania kosztów utworzenia i działalności warsztatu ze środków Funduszu. Koszty utworzenia, działalności i wynikające ze zwiększenia liczby uczestników warsztatu współfinansowane są ze środków PFRON oraz ze środków samorządu powiatowego lub innych źródeł.

Wszystkie wymienione formy pomocy społecznej wspierającą osoby chore w ponownym i stopniowym powrocie do funkcjonowania w społeczeństwie. Tworzenie tych form pomocy zmierza do integracji ludzi chorych z tzw. zdrowym społeczeństwem.

Rozdział III

Priorytety, cele główne i szczegółowe oraz kierunki działań Programu na lata 2011 - 2015



1. Priorytety rozwoju opieki psychiatrycznej w województwie śląskim

Jednym z priorytetów rozwoju ochrony zdrowia województwa śląskiego są działania dotyczące sfery zdrowia psychicznego. Dane epidemiologiczne ostatniego dwudziestolecia wyraźnie wskazują zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu opieki psychicznej, dlatego też główne cele polityki zdrowotnej ukierunkowane są na zapewnienie powszechności dostępu do profilaktyki i świadczeń zdrowotnych oraz podnoszenie jakości usług medycznych. Za priorytetowe uznaje się działania w obszarach: profilaktyka, zaburzenia depresyjne, samobójstwa, zaburzenia geriatryczne, zaburzenia związane się ze starzeniem się, zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innych środków psychoaktywnych oraz przewlekłe nawracające choroby typu schizofrenicznego i afektywnego. Osiągnięcie założeń *Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-201*, czyli ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, koncentruje się na wyznaczonych priorytetach i sprecyzowanych na nich celach. Do poprawy sytuacji w zakresie opieki psychiatrycznej zidentyfikowane zostały następujące obszary priorytetowe:

Priorytet I. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Priorytet II. Zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym rozwijanie opieki środowiskowej.

Priorytet III. Poprawa funkcjonowania osób z problemami zdrowia psychicznego oraz ich bliskich.

Priorytet I.

Zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Od początku lat 90 ubiegłego stulecia obserwuje się sukcesywny wzrost zachorowalności na choroby psychiczne, spowodowane dokonywanymi w kraju zmianami społeczno-ekonomicznymi, wynikiem, których jest bezrobocie oraz brak poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego, socjalnego i zdrowotnego ludności. Zwiększyła się liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, wzrósł wskaźnik osób zgłaszających się do opieki ambulatoryjnej oraz wskaźnik wymagających opieki całodobowej. Wszystko to sprawia że rośnie popyt na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego. O pogarszającym się stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego, świadczy wzrost zachorowań na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia zachowania, spowodowane różnorodnymi czynnikami, m.in. uzależnieniem od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, a także wzrastający współczynnik samobójstw. Ekonomiczne i społeczne koszty zaburzeń psychicznych są wysokie i długofalowe, dotyczą zarówno osób chorych, ich rodzin oraz

całego społeczeństwa. Do mierzalnych kosztów należą potrzeby ochrony zdrowia i opieki społecznej, koszty utraconego zatrudnienia i zmniejszonej produktywności, przestępczości i bezpieczeństwa publicznego, a także negatywnych skutków przedwczesnej śmiertelności. Przyjęcie Priorytetu uwarunkowane jest koniecznością zapewnienia wszystkim osobom z zaburzeniami psychicznymi należytych standardów, pozwalających im na rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, będących zagrożeniem dla zdrowia psychicznego. Jednym z kluczowych elementów zapobiegania zaburzeniom psychicznym jest upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia, uświadamianie znaczenia zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zaburzeniom psychicznym. Priorytet obejmuje promocję zdrowia psychicznego, rozwój sieci instytucji integracji społecznej, zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, czy też organizację poradnictwa zawodowego. Realizacja Priorytetu służyć będzie upowszechnianiu wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz zwiększeniu świadomości społecznej w zakresie korzyści płynących z promocji zdrowia. W ramach Priorytetu wspierane będą działania mające na celu ułatwienie dostępu obywatelom do informacji z zakresu ochrony zdrowia, w szczególności zdrowia psychicznego, m.in. udostępnienie informacji na temat profilaktyki i promocji zdrowia. Celem Priorytetu jest wzrost znaczenia świadomości społeczeństwa na temat zdrowia psychicznego oraz zmiana nastawienia społeczeństwa do osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Jego realizacji posłużą działania skierowane na wzmocnienie edukacji społeczeństwa (w tym liderów społecznych). W ramach Priorytetu działania ukierunkowane zostaną na promocję zdrowia, edukację społeczną wśród dzieci, młodzieży szkolnej i akademickiej, tworzenie partnerstwa na rzecz wspólnych przedsięwzięć (w tym tworzenie platform wymiany doświadczeń i dobrych praktyk), eliminację postaw dyskryminujących i stygmatyzujących osoby chore. Wspieranie edukacji obywatelskiej przejawiać się będzie w działaniach związanych ze zwiększeniem potencjału kadr (wspieranie rozwoju profesjonalnego kadr) oraz instytucji zajmujących się działalnością wychowawczą i realizacją programów edukacyjnych wzmacniających świadomość społeczną, odpowiedzialnych za dostarczanie rzetelnych informacji nt zdrowia i ochrony zdrowia psychicznego oraz promujących zdrowy styl życia. Rozpowszechnienie informacji przy pomocy kampanii informacyjno-edukacyjnych, utworzonych elektronicznych poradnikach zdrowia, pozwoli pacjentom w przystępny sposób pozyskać informacje dotyczące profilaktyki, leczenia oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych. Wszystkie te działania powinny przynieść wymierne korzyści w przyszłości w postaci obywateli przywiązujących większą uwagę do profilaktyki zdrowotnej.

W ramach działań realizujących cele Priorytetu mieści się opracowanie programów: promocji zdrowia psychicznego, zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i środowisku lokalnym, a także

programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających zrozumieniu i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również popularyzacja wiedzy na temat zdrowia psychicznego (prowadzenie kampanii medialnych promujących zdrowie psychiczne, organizacja kampanii informacyjno-edukacyjnych, a także promocja zdrowia psychicznego w szkołach). W zakresie stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi, podejmowane będą działania nakierowane na eliminację takich postaw. Służyć temu będzie realizacja programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia, akceptacji i przeciwdziałania dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi, organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego, kampanie informacyjne dot. napiętnowania osób psychicznie chorych. Ograniczeniu negatywnych zjawisk w zakresie zdrowia psychicznego, posłuży wspieranie działań na rzecz wyrównywania szans rozwoju społecznego osób dotkniętych chorobą.

W ramach Priorytetu I przewiduje się osiągnięcie ***Celu głównego I: Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym***, realizowanego za pomocą: dwóch celów szczegółowych, tj. *Celu szczegółowego 1: Upowszechnianie na obszarze województwa śląskiego wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu* i *Celu szczegółowego 2: Przeciwdziałanie nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi*, ***Celu głównego III: Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji, koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego*** realizowanego za pomocą *Celu szczegółowego 1: Ochrona praw osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo korzystających ze świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez zakłady opieki psychiatryczne*, jak również ***Celu głównego IV: Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, w celu propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacja na terenie województwa, europejskich standardów opieki psychiatrycznej*** w tym *Celu szczegółowego 1: Budowanie sieci współpracy z regionami partnerskimi województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychicznego*.

Priorytet II.

Zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym rozwijanie opieki środowiskowej

Nierówności w dostępie do psychiatrycznej opieki zdrowotnej, brak odpowiedniej infrastruktury, kadr oraz środków, jak również konieczność dostosowania opieki psychiatrycznej do współczesnych standardów leczenia niestacjonarnego, zgodnie z założeniami modelu leczenia środowiskowego, stały się przyczyną przyjęcia Priorytetu, którego celem jest dążenie do zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym rozwoju opieki środowiskowej. Poprawa dostępu do opieki psychiatrycznej nastąpić może dzięki powstaniu w województwie sieci centrów zdrowia psychicznego, zmniejszeniu i przekształceniu dużych szpitali psychiatrycznych w wyspecjalizowane placówki psychiatryczne, zapewniające profilowane usługi zdrowotne, przenoszeniu zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych i rozwijaniu w nich oddziałów psychiatrycznych oraz upowszechnieniu środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Poprawa jakości świadczonych usług nastąpi w wyniku zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej. Zastąpienie opieki szpitalnej formami pośrednimi gwarantować będzie udzielanie bardziej skutecznej i zarazem tańszej pomocy osobom dotkniętym tego typu schorzeniami. Celem Priorytetu jest zwiększenie sprawności instytucji w wypełnianiu usług publicznych, unowocześnienie oraz dostosowanie opieki psychiatrycznej do problemów współczesnego społeczeństwa. Realizacja działań w ramach tego Priorytetu przyczyni się zarówno do zwiększenia dostępności, podniesienia jakości, efektywności oraz skuteczności zdrowotnych usług publicznych jak również rozwoju środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. Wzrost efektywności działania jednostek nastąpi poprzez uruchomienie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, rozwój psychiatrycznej opieki środowiskowej i stworzenie sieci poradni zdrowia, centrów zdrowia psychicznego, utworzenie ośrodków pozwalających na ponowne stopniowe wdrażanie osób chorych do funkcjonowania w społeczeństwie, zwiększenie udziału pozaszpitalnych form opieki zdrowotnej w rehabilitacji psychiatrycznej (działania terapeutyczne i rehabilitacyjne, pozwalające skrócić czas niezbędny do uzyskania najpełniejszego, możliwego poziomu funkcjonowania osoby chorej w środowisku) oraz przekształcenie i zmniejszenie liczby izolowanych szpitali psychiatrycznych na rzecz oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (po wcześniejszym uruchomieniu ośrodków o kompetencjach umożliwiających przyjęcie chorych i przygotowaniu ich do funkcjonowania w społeczeństwie). Priorytet pozwoli do osiągnięcia sprawniejszego zarządzania jednostkami oraz zwiększenia skuteczności

funkcjonowania instytucji działających w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Cele Priorytetu realizowane będą w oparciu o działania wspierające projekty przyczyniające się do wzmocnienia miejsca i roli środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, podnoszenie kompetencji i umiejętności kadry medycznej (profesjonalizacji kadry). Działania podejmowane w ramach Priorytetu służyć mają przede wszystkim zwiększeniu dostępności terytorialnej do opieki zdrowotnej i zapewnieniu ciągłości opieki w środowisku pacjenta. Wpłyną również na aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi i zmianę ich sytuacji na rynku pracy. Istotną rolę odgrywać będzie tworzenie sieci centrów zdrowia psychicznego oraz współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Priorytet nakierowany jest na rozwinięcie i uzupełnienie sieci poradni zdrowia psychicznego i uzależnień, zapewniających opiekę dorosłym, dzieciom i młodzieży zwiększenie liczby oddziałów dziennych, zespołów opieki środowiskowej oraz ośrodków interwencji kryzysowej. Dla zapewnienia realizacji Priorytetu opracowany zostanie plan stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne jak również przenoszenia zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych oraz programy zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia centrów zdrowia psychicznego. Na wzrost efektywności działania podmiotów realizujących usługi z zakresu opieki psychiatrycznej, wpłynie również partnerska współpraca, wymiana doświadczeń i dobrych praktyk między regionami oraz adaptacja standardów europejskich.

W ramach Priorytetu II upatruje się osiągnięcie ***Celu głównego II: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,*** realizowanego przy pomocy *Celu szczegółowy 1: Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej – wdrażanie modelu zintegrowanej, środowiskowej opieki psychiatrycznej* oraz *Celu szczegółowego 2: Wsparcie środowisk medycznych poprzez upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego*, jak również ***Celu głównego IV: Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, w celu propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacja na terenie województwa, europejskich standardów opieki psychiatrycznej,*** realizowanego w oparciu o *Cel szczegółowy 1: Budowanie sieci współpracy z regionami partnerskimi województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychicznego.*

Priorytet III.

Poprawa funkcjonowania osób z problemami zdrowia psychicznego oraz ich bliskich.

Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz poprawa funkcjonowania tych osób oraz ich bliskich to jedno z wyzwań w ramach kształtowania polityki zdrowia psychicznego. Zapewnienie wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz innych form wsparcia i pomocy w stanach kryzysu psychicznego, w znaczący sposób wpłynie na zdrowie osób oraz poprawę ich życia w rodzinie i społeczeństwie. Priorytet ma na celu kształtowanie właściwej postawy społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie, uczenia zrozumienia, akceptacji i tolerancji w wyniku upowszechniania wiedzy na temat występujących zaburzeń psychicznych, jak również rozwój sieci instytucji pomocy i integracji społecznej, zorganizowanie poradnictwa zawodowego i zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej. W ramach Priorytetu przewiduje się udzielenie wsparcia osobom doświadczającym dyskryminacji na rynku pracy z powodu choroby i zagrożonym wykluczeniem społecznym, prowadzącego do ich wejścia bądź powrotu do czynnego życia zawodowego oraz do szeroko pojętej integracji społecznej. Celem Priorytetu jest wzmocnienie adaptacyjności przedsiębiorstw poprzez inwestycje w doskonalenie zawodowe kadr, ułatwienie dostępu do zatrudnienia i integracji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi, aktywizacja zawodowa oraz zwiększenie ich zatrudnienia. Zadaniem projektów realizowanych w ramach Priorytetu będzie wypracowanie sposobów przywracania na rynek pracy osób z zaburzeniami psychicznymi, uświadomienie społeczeństwa o zjawiskach dyskryminacji na rynku pracy oraz sposobach jej zwalczania, wzmocnienie integracji społecznej i promocja równych szans, tworzenie warunków dla zwiększenia spójności społecznej w drodze podnoszenia skuteczności funkcjonowania instytucji działających w obszarze polityki społecznej, przeciwdziałanie stygmatyzacji, rozwiązywanie problemów przy wykorzystaniu współpracy ponadnarodowej, jako transferu doświadczeń zdobywania nowych umiejętności i dobrych praktyk w drodze tworzonego partnerstwa. Wszystko to ma na celu włączenie do rynku pracy i zwiększenie zatrudnienia wśród osób borykających się z chorobą. Priorytet służyć ma także zwiększeniu skuteczności leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Poprawie funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi sprzyjać również będzie, zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Aktywność zawodowa osób chorych psychicznie sprzyja pożądanym wynikom leczenia i rehabilitacji, wpływa na zmniejszenie nasileń objawów chorobowych.. W działaniach na rzecz poprawy funkcjonowania osób z problemami zdrowia psychicznego oraz ich bliskich konieczna jest eliminacja stereotypów, wg których

pracownik chory psychicznie, jest pracownikiem niepełnowartościowym, nieproduktywnym, wymagającym stałego nadzoru. Działaniom zmierzającym do upowszechnienia pełnego udziału w życiu zawodowym osób z zaburzeniami psychicznymi powinno sprzyjać także prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnych adresowanych do pracodawców, promujących zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi. Zapewnieniu realizacji Priorytetu posłuży opracowanie programów rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, a także programów leczenia i rehabilitacji dających szansę na rozwój zawodowy osób chorych psychicznie (programy relaksacyjne, metody walki ze stresem, programy treningowe umiejętności społecznych oraz szkoleń dla personelu fachowego w zakresie pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego z przemocą, klęskami żywiołowymi, jak również szkolenia zawodowe dla osób z zaburzeniami psychicznymi). Na poprawę sytuacji wpływ będzie mieć również rozwój sieci instytucji pomocy i integracji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi - jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz instytucji rehabilitacji zawodowej i społecznej.

W ramach Priorytetu III planuje się osiągnięcie się ***Celu głównego I: Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym***, realizowanego za pomocą *Celu szczegółowego 2: Przeciwdziałanie nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi*, ***Celu głównego II: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym***, realizowanego przy pomocy *Celu szczegółowego 2: Wsparcie środowisk medycznych poprzez upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego*, *Celu szczegółowego 3: Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi*, ***Celu głównego III: Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji, koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego*** realizowanego za pomocą *Celu szczegółowego 1: Ochrona praw osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo korzystających ze świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez zakłady opieki psychiatryczne*, jak również ***Celu głównego IV: Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, w celu propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacja na terenie województwa, europejskich standardów opieki psychiatrycznej***, realizowanego w oparciu o *Cel szczegółowy 1: Budowanie sieci współpracy z regionami partnerskimi województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychicznego*.

2. Cele główne Programu

Nadrzędnym celem polityki regionu jest poprawa stanu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców poprzez zapewnienie ciągłej, kompleksowej oraz wysokiej jakości opieki zdrowotnej, poprawa zdrowia mieszkańców województwa, podwyższenie standardów ośrodków leczenia specjalistycznego, podniesienie jakości udzielanej pomocy i zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy, umożliwiających życie w środowisku rodzinnym i społecznym, w tym wdrożenia środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Przyczyną podjęcia działań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego jest sukcesywny wzrost zachorowalności na psychotyczne i niepsychotyczne zaburzenia psychiczne, spowodowane zmianami społeczno-ekonomicznymi, których wynikiem jest pojawienie się nowych zagrożeń dla zdrowia psychicznego w postaci:

- braku poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego, socjalnego i zdrowotnego, bezrobocia oraz biedy,
- deficytu kadr i środków w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w wyniku zaniedbań i marginalizowania tej dziedziny ochrony zdrowia,
- konieczności dostosowania opieki psychiatrycznej do współczesnych standardów czyli rozwoju leczenia niestacjonarnego, zgodnie z założeniami modelu leczenia środowiskowego,
- konieczności zmiany nastawienia do zaburzeń psychicznych osób chorych oraz ich otoczenia.

Sytuacja w psychiatrycznej opiece zdrowotnej (w kraju jak również w regionie) oraz wzrost zachorowalności społeczeństwa na choroby psychiczne w minionych latach, wskazują na konieczność jej unowocześnienia, zastępując stopniowo stacjonarny model leczenia, modelem środowiskowym, w którym kuracja odbywa się w środowisku pacjenta, w formie opieki poza szpitalnej (poradnie, oddziały dzienne, hostele, mieszkania chronione).

Główne założenia Programu

Osiągnięciu celu nadrzędnego pomoże realizacja przyjętych dla województwa, niżej zdefiniowanych założeń;

- opieka szpitalna sprawowana będzie głównie w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych,

- duże szpitale psychiatryczne ulegną zmniejszeniu i przekształceniu w jednostki specjalistyczne (zakładając, że zachowana zostanie jak najmniejsza odległość od miejsca zamieszkania pacjentów),
- podstawowymi formami opieki psychiatrycznej i odwykowej w województwie śląskim będą poradnie i inne formy pośrednie (tj. oddziały dzienne, ośrodki interwencji kryzysowej, zespoły środowiskowe), jednostki rehabilitacyjne, formy mieszkań chronionych oraz opieka szpitalna,
- opiekę psychiatryczną w jednostkach sprawować będzie stały wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny prowadzący pacjenta we wszystkich formach opieki,
- poszczególne jednostki opieki psychiatrycznej będą funkcjonalnie zintegrowane w jeden system, a współpracujące ze sobą w ramach tego systemu zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki pomocy społecznej zapewnią osobom z zaburzeniami psychicznymi pomoc kompleksową,
- opieka psychiatryczna i odwykowa zapewniana będzie populacji zamieszkałej określone terytorium (ludność województwa śląskiego bez ograniczeń wiekowych), z zachowaniem prawa do wyboru miejsca leczenia,
- w obszarach trudnych (styk schorzeń) tworzone będą jednostki specjalistyczne,
- oferta terapeutyczna będzie zróżnicowana.

Problemy związane z realizacją celu nadrzędnego

Podstawowymi problemami, w dziedzinie zdrowia psychicznego z jakimi zmagają się województwo śląskie są problemy stacjonarnego i ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego, związane z dostępem do terapii w leczeniu psychiatrycznym, zarządzaniem placówkami oraz realizacją inwestycji w placówkach.

Przy osiągnięciu celu należy zmierzyć się z podstawowymi barierami i wyzwaniem stojącymi na drodze ku lepszej psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Spośród barier wymienić należy: niewystarczające finansowanie usług psychiatrycznej opieki zdrowotnej, centralizacja zasobów opieki psychiatrycznej blisko wielkich miast i w dużych instytucjach, złożony charakter integracji opieki psychiatrycznej z podstawową opieką zdrowotną, niewielka liczba i ograniczone zróżnicowanie pracowników ochrony zdrowia przeszkolonych w zakresie zdrowotnej opieki psychiatrycznej, brak umiejętności i doświadczenia kadr zarządzających sektorem psychiatrycznym. Wśród wyzwań, których pokonanie pozwoli znieść lub zniwelować bariery, wymienia się: brak zainteresowania publicznego zdrowiem psychicznym, rozproszenie odpowiedzialności za psychiatryczną opiekę zdrowotną, potrzeba inwestowania w przesunięcie opieki osadzonej w środowisku, przeciążenie pracą podstawowej opieki zdrowotnej, brak szkoleń

i ciągłego wsparcia ze strony specjalistów, niewystarczający system szkoleń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, ukierunkowanie szkoleń kadry zarządzającej jednostkami z poziomu zarządzania klinicznego na poziom pracy w środowisku, brak infrastruktury umożliwiającej pracę w warunkach środowiskowych, niewystarczająca liczba osób z kwalifikacjami do prowadzenia nowoczesnych metod terapii, jak również niewystarczająca jakościowo i ilościowo oferta nowoczesnych usług terapeutycznych.

Oczekiwane efekty realizacji Programu:

- poprawa zasobów infrastruktury psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów,
- wzrost efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia psychicznego,
- poprawa wskaźników zdrowotnych oraz utrzymanie dobrych tendencji w zakresie opieki psychiatrycznej.

Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 przedstawia strategię działań, mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego ludności województwa, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskiego otoczenia oraz zapewnienie dostępności do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Do celów głównych Programu należą:

- Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.
- Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.
- Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego.
- Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, celem propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacji na terenie województwa europejskich standardów opieki psychiatrycznej.

Zadaniem Programu jest zapobieganie zagrożeniom życia psychicznego i unowocześnienie leczenia psychiatrycznego. Program ten stanowić będzie skuteczny sposób wsparcia jednostek samorządu terytorialnego w procesie tworzenia i modernizacji psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej.

Realizacja Programu przyczyni się do poprawy funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej regionu. Nowoczesna psychiatryczna opieka zdrowotna wprowadzić ma równowagę pomiędzy opieką środowiskową a szpitalną, zastąpić tradycyjny, bardziej opiekuńczy system zdominowany przez duże szpitale dla psychicznie chorych i przychodnie zdrowia oferujące kontynuację opieki, w których leczenie ogranicza się zwykle do farmakoterapii.

CEL GŁÓWNY I

Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Cel szczegółowy 1: Upowszechnienie na obszarze województwa śląskiego wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.

Działanie 1: Opracowanie regionalnego programu promocji zdrowia psychicznego.

Działanie 2: Prowadzenie kampanii medialnej promującej zdrowie psychiczne - tworzenie sieci informacji o zdrowiu (e-zdrowie).

Działanie 3: Udostępnienie informacji dot. zdrowia psychicznego na oficjalnej stronie internetowej Województwa Śląskiego, w tym wykazów:

- placówek psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej,
- całodobowych i środowiskowych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, świadczących usługi na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi,
- instytucji rehabilitacji zawodowej i społecznej.

Działanie 4: Promocja zdrowia psychicznego w szkołach:

- szkolenia dla pedagogów i psychologów szkolnych,
- opieka nad systemem rodzinnym.

Działanie 5: Organizacja konferencji/warsztatów/spotkań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.

Cel szczegółowy 2: Przeciwdziałanie nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działanie 1: Opracowanie i realizacja programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działanie 2: Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego.

CEL GŁÓWNY II

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

Cel szczegółowy 1: Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej - wdrożenie modelu zintegrowanej, środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Działanie 1: Rozwinięcie i uzupełnienie sieci poradni zdrowia psychicznego i uzależnień, zapewniających opiekę dorosłym, dzieciom i młodzieży.

Działanie 2: Zwiększenie liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, oddziałów dziennych, zespołów opieki środowiskowej oraz zwiększanie jakości somatycznej opieki zdrowotnej na oddziałach psychiatrycznych poprzez zatrudnienie w nich obok psychiatrów, lekarzy chorób wewnętrznych.

Cel szczegółowy 2: Wsparcie środowisk medycznych poprzez upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Działanie 1: Utworzenie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa śląskiego.

Działanie 2: Rozwój sieci instytucji pomocy i integracji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz instytucji rehabilitacji zawodowej i społecznej.

Działanie 3: Współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cel szczegółowy 3: Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działanie 1: Zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działanie 2: Prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnych adresowanych do pracodawców, promujących zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi.

CEL GŁÓWNY III

Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji, koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego.

Cel szczegółowy 1: Ochrona praw osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo korzystających ze świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez zakłady opieki psychiatrycznej.

Działanie 1: Kształtowanie właściwej postawy społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie (zrozumienia, akceptacji, tolerancji).

CEL GŁÓWNY IV

Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, w celu propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacja na terenie województwa, europejskich standardów opieki psychiatrycznej.

Cel szczegółowy 1: Budowanie sieci współpracy z regionami partnerskimi województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychicznego.

Działanie 1: Wymiana dobrych praktyk w zakresie opieki psychiatrycznej.

Działanie 2: Promocja i rozwój współpracy z wykorzystaniem doświadczeń regionów w zakresie modelowych rozwiązań opieki psychiatrycznej.

Cele główne odpowiadają na wyzwania związane z ochroną zdrowia psychicznego mieszkańców regionu. Program przyczyni się do podniesienia jakości udzielanej pomocy w ramach opieki zdrowotnej, a także podwyższenia standardów ośrodków leczenia specjalistycznego. Program realizowany będzie w latach 2011-2015.

2.1 CEL GŁÓWNY I

Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Uzasadnienie:

Przyjęcie jednej, skoordynowanej polityki w obszarze ochrony zdrowia psychicznego społeczeństwa, pozwoli stworzyć właściwe warunki do harmonijnego rozwoju psychicznego ludności, umożliwi osobom chorym zdobycie umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, a także pozwoli na kształtowanie lepszych relacji międzyludzkich. Doceniając wagę zdrowia psychicznego populacji, Polska przyjęła *ustawę o ochronie zdrowia psychicznego*, a w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 jako jeden z najważniejszych do osiągnięcia celów strategicznych, wskazała promocję zdrowia psychicznego oraz zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych (*Cel strategiczny 4: Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne*). Wyznaczenie powyższego celu uwarunkowane zostało koniecznością zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi, odpowiednich standardów korzystnych dla rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu oraz stworzenia odpowiednich warunków przyczyniających się do ich realizacji. Ważne jest promowanie oraz rozwijanie wśród społeczeństwa zdrowego stylu życia i zachowań, jak również kształtowanie wśród mieszkańców województwa postaw sprzyjających zrozumieniu i akceptacji odmiennych zachowań osób dotkniętych chorobą psychiczną. W regionie poziom dostępności do informacji na temat zdrowia psychicznego i wszelkich aspektów z nim związanych znacznie odbiega od standardów występujących w innych krajach Unii Europejskiej. Do zmiany tej sytuacji może przyczynić się budowanie odpowiednich postaw społecznych służących zrozumieniu, tolerancji, życzliwości oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu osób dotkniętych chorobą. Promocja zdrowia psychicznego obejmuje działania, których celem jest tworzenie warunków sprzyjających nabywaniu umiejętności kontrolowania i wpływania na własne zdrowie. Celem profilaktyki jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Elementem profilaktyki chorób cywilizacyjnych, do których niewątpliwie zalicza się zaburzenia psychiczne jest aktywny styl życia i podnoszenie sprawności fizycznej, czynniki te wpływają bowiem na poprawę stanu zdrowia ludności. Zmiana stylu życia ludności wymaga jednak działań promocyjnych oraz zapewnienia atrakcyjnych ofert spędzania czasu wolnego. Przemiany społeczne i ekonomiczne istotnie wpływają na stan zdrowia psychicznego społeczeństwa. Zmiany cywilizacyjne, wzrost gospodarczy i związany z tym wzrost konkurencyjności i jakości życia mieszkańców, przyczyniają się do wzrostu zachorowań

społeczeństwa na choroby psychiczne. Promocja i ochrona zdrowia uznawane są powszechnie za obowiązek tych, którzy pracują w sektorze opieki zdrowotnej, jednak kształtowanie przyjaznego zdrowiu otoczenia czyli skupienie się na tworzeniu odpowiednich warunków pracy, wypoczynku, opieki zdrowotnej oraz promowaniu zachowań służących zdrowiu psychicznemu, jest także obowiązkiem wszystkich osób mających wpływ na życie i zdrowie ludzkie. Kreowanie odpowiedniego środowiska to nie tylko obowiązek sektora zdrowia, lecz również innych sfer życia, w tym sfery zawodowej, między innymi poprzez dbałość o zdrowe warunki pracy (dostosowanie ich do możliwości psychofizycznych człowieka), eliminację źródeł chorób zawodowych, zapewnienie odpowiedniej higieny i organizacji pracy. Do stworzenia więc odpowiednich standardów oraz kształtowania zachowań korzystnych dla zdrowia, konieczna jest zmiana sposobu myślenia wśród ludności, jak również humanizacja pracy. Coraz częściej bowiem środowisko psychospołeczne miejsca pracy ma ogromny wpływ na poważne problemy zdrowotne, występujące poza sferą pracy, w tym zaburzenia umysłowe. Poprawa zdrowych zachowań, w tym zdrowego trybu życia (odżywianie, aktywność fizyczna, wypoczynek) niezbędna jest do zredukowania szkodliwego wpływu problemów zdrowia psychicznego i przyczynienia się do lepszego radzenia sobie z problemami życia społecznego osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Zmiana stylu życia społeczności regionu przyczyni się do jej prawidłowego rozwoju, redukcji zachorowalności na choroby cywilizacyjne, minimalizacji kosztów opieki zdrowotnej i podwyższenia kapitału społecznego. Promocja zdrowia psychicznego obejmuje działania, których celem jest tworzenie warunków sprzyjających nabywaniu umiejętności kontrolowania i wpływania na własne zdrowie. Od szeregu lat systematycznie wzrasta liczba osób zgłaszających się po pomoc psychologiczno-psychiatryczną, zwiększa się częstość występowania zaburzeń depresyjnych i psychosomatycznych, jak również zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu oraz przyjmowaniem innych substancji psychoaktywnych. Występowaniu zaburzeń psychicznych zapobiec można dzięki wielu działaniom współzależnym, między innymi poprzez promocję zdrowia psychicznego. Następstwa powstałe w wyniku problemów zdrowia psychicznego mogą w pewnym stopniu zostać zredukowane dzięki dostarczeniu odpowiednich informacji, jak również rozwijaniu umiejętności życiowych jednostki (w szkole, pracy i innych środowiskach), rozpoznawaniu problemów, radzeniu sobie z nimi i przygotowaniu się do odparcia stresogennych zdarzeń. Służyć temu będzie rozwijanie profilaktyki szkolnej, rodzinnej i środowiskowej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz prowadzenie i wspieranie edukacji publicznej w zakresie problematyki zdrowia psychicznego. Dla poprawy sytuacji niezbędne jest więc umożliwienie edukacji w zakresie ochrony zdrowia oraz promocji zdrowia psychicznego różnym grupom ludności (rodzicom, opiekunom, nauczycielom, menadżerom), a także zwiększenie skuteczności udzielania właściwej pomocy psychologicznej i medycznej. Zwiększenie podstawowej wiedzy na temat zdrowia psychicznego, edukacja dzieci

i młodzieży w zakresie zagrożeń związanych z zaburzeniami psychicznymi, podnoszenie kompetencji wychowawców i nauczycieli pracujących z młodzieżą, przygotowanie kampanii edukacyjnych przeciwko przemocy w rodzinie, szkole i środowisku lokalnym, zwiększenie ilości specjalistycznych publikacji dla pracowników placówek szkolnych, zakładów pracy czy pracowników ochrony zdrowia, zwiększenie dostępności do informacji dla potencjalnych pacjentów, ich rodzin oraz grup samopomocowych, a także popularyzacja wiedzy o programach sprawdzonych w innych krajach związanych z profilaktyką zdrowia psychicznego, wszystko to przyczyni się do promocji zdrowia i posłuży zapobieganiu powstawania zaburzeń psychicznych. Jednym z głównych zadań przyczyniających się do realizacji Programu będzie włączenie do programów szkolnych wszechstronnej edukacji zdrowotnej, mającej na celu kształtowanie podstawowych umiejętności osobistych i społecznych, powodującej wzrost odpowiedzialności za swoje zdrowie, nauki komunikacji z innymi, rozwiązywania własnych problemów, konfliktów, radzenia sobie ze stresem, naciskami z zewnątrz itp., a także wsparcie rozwoju grup samopomocy oraz organizacji pożytku publicznego, w ich działalności w zakresie zdrowia psychicznego i rozwijanie inicjatyw lokalnych w zakresie organizacji czasu wolnego dla różnych grup społeczeństwa. Podniesieniu niskiego poziomu kompetencji wychowawców i nauczycieli w zakresie skuteczności działań profilaktycznych w szkole służyć będą szkolenia skierowane do pedagogów i psychologów szkolnych. Oprócz wiedzy intelektualnej wśród dzieci i młodzieży należy rozwijać również nawyki związane z dbaniem o zdrowie i kondycję fizyczną, w tym zdrowie psychiczne, poprzez ułatwienie dostępu do informacji w Internecie. Utworzenie elektronicznych poradników zdrowia pozwoli pacjentom w przystępny sposób pozyskać informacje dotyczące profilaktyki, leczenia oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych. W ramach internetowych szkoleń medycznych dla dzieci i młodzieży można rozpowszechnić akcje „Szkoly promujące zdrowie”, których celem byłoby zmobilizowanie szkół do przygotowania oraz wdrażania programów promujących zdrowy styl życia. Stworzenie internetowych szkoleń medycznych dla dzieci i młodzieży pozwoli w interesujący sposób przekazać oraz promować podstawowe zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia (profilaktyka zdrowotna, sposób zachowania w sytuacjach zagrażających życiu, w stanach zagrożenia kryzysowego). Wszystkie te działania powinny przynieść wymierne korzyści w przyszłości w postaci obywateli przywiązujących większą uwagę do profilaktyki zdrowotnej. Wsparcia wymaga tworzenie w ośrodkach zdrowia kompleksowych systemów zarządzania służbą zdrowia, warunkujących rozwój dostępu pacjentów do informacji i świadczeń medycznych drogą elektroniczną (tworzenie sieci informacji o zdrowiu - elektroniczne książki zdrowia „e-Zdrowie”, rozwijanie platform cyfrowych w jednostkach ochrony zdrowia, usługi świadczone w ramach opieki telemedycznej, portale poświęcone zdrowiu). Wzrost powszechności dostępu do świadczeń zdrowotnych wraz z rosnącą jakością opieki są niezbędnymi

elementami rozwoju społeczno-gospodarczego i decydują w dużej mierze o poczuciu bezpieczeństwa społecznego. Zadaniem osób odpowiedzialnych za zdrowie psychiczne jest zapewnienie na wszystkich poziomach zarządzania opieką zdrowotną, harmonijnej współpracy wszystkich podmiotów i sektorów w rozwoju zdrowia psychicznego. Korzyści jakie można uzyskać z inwestowania w promocję zdrowia psychicznego są ogromne. Sektor zdrowia powinien pełnić tu rolę wiodącą, włączając do aktywnej promocji i działań na rzecz zdrowia psychicznego inne sektory, zachęcając je do wielopoziomowej działalności. Partnerska współpraca konieczna jest na poziomie międzynarodowym, krajowym, regionalnym i lokalnym, z udziałem wielu podmiotów, organizacji rządowych i pozarządowych, profesjonalistów reprezentujących sektor zdrowia oraz inne sektory, w szczególności pomocy społecznej, edukacji, mediów. Organizacje pozarządowe są najważniejszymi partnerami z punktu widzenia odpowiedzialności za zdrowie psychiczne, stanowią one niezwykle istotny składnik współczesnego społeczeństwa obywatelskiego, działając na rzecz zmian i prowadząc dialog w sprawie polityki zdrowotnej. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz promocja zdrowia psychicznego wymaga kadry profesjonalistów zatrudnionych w różnych zakładach pracy, jak również świadomych i aktywnych obywateli. Rozwijanie takich kompetencji powinno odbywać się poprzez kształcenie profesjonalistów z dziedziny opieki zdrowotnej, co gwarantować będzie przekazywaniem społeczeństwu wiedzy na odpowiednio wysokim poziomie. Należy przygotować i wyszkolić kompetentnych pracowników skutecznie realizujących promocję zdrowia psychicznego i profilaktykę zaburzeń psychicznych, zarówno w sektorze zdrowia, jak również w innych sektorach, które mają znaczący wpływ na zdrowie psychiczne. Potrzebne jest wyraźne wyeksponowanie działań mających na celu kształcenie kadr niezbędnych do realizacji tych zadań, zwłaszcza kształcenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych), pracowników socjalnych, psychologów, pedagogów i innych profesjonalistów w tym obszarze. Służyć temu powinien przekaz społeczny, którego celem jest realizacja ważnych społecznie celów, w szczególności budowanie zaufania i kapitału społecznego oraz wywołanie społecznie pożądanych postaw i zachowań. Zarządzający sektorem psychiatrycznym często nie posiadają umiejętności ani doświadczenia w dziedzinie zdrowia publicznego, szkoleni są w kierowaniu jednostkami w warunkach klinicznych, rzadko zaś na poziomie pracy w środowisku, z kolei prowadzone szkolenia z zakresu zdrowia publicznego nie obejmują zagadnień zdrowia psychicznego.

2.2 CEL GŁÓWNY II

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

Uzasadnienie:

Problemy zdrowia psychicznego nie dotyczą tylko obszaru zainteresowania polityki zdrowotnej, wpływają również na inne sektory życia publicznego. Zdrowie jest istotnym wyznacznikiem jakości życia. Odpowiedni poziom opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie zaburzeń psychicznych przekłada się na jakość i długość życia, poziom udziału na rynku pracy, dłuższe życie zawodowe, wyższą wydajność, satysfakcję wynikającą z udziału w życiu zawodowym i publicznym oraz niższe koszty opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Dobry stan zdrowia, a co za tym idzie dłuższe lata życia w zdrowiu, to miernik poziomu rozwoju społeczeństwa, stan zdrowia przyczynia się bowiem do wzrostu ekonomicznego regionu i podnoszenia jakości życia jednostki. Opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi sprawowana jest przez opiekę zdrowotną jak i pomoc społeczną. W ramach opieki medycznej wyszczególnia się: pozapsychiatryczną opiekę zdrowotną (ambulatoryjną podstawową i ambulatoryjną specjalistyczną) oraz psychiatryczną i odwykową opiekę zdrowotną* (psychiatryczną opiekę dla dorosłych, psychiatryczną opiekę dla dzieci i młodzieży, odwykową opiekę dla osób uzależnionych od alkoholu, odwykową opiekę dla osób uzależnionych od innych środków psychoaktywnych). Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym jest obowiązkiem wszystkich odpowiedzialnych za organizację opieki zdrowotnej obywateli. Opieka psychiatryczna powinna skupiać się na promocji oraz profilaktyce zdrowia psychicznego. Społeczną przyczyną chorób psychicznych jest ignorowanie problemu i indywidualnych przypadków zaburzeń oraz ich oddziaływanie na wspólnotę lub społeczeństwo. Najbardziej narażone na ryzyko zachorowań są grupy słabe, podlegające marginalizacji społecznej (migranci, bezrobotni, byli więźniowie, osoby z zaburzeniami osobowości oraz osoby, dotknięte w przeszłości zaburzeniami psychicznymi). Uzyskanie pełnego potencjału zdrowotnego dla wszystkich osób rozumiane jest jako najlepszy stan zdrowia, który jednostka może osiągnąć, poprzez możliwość podejmowania decyzji i kontrolowania własnego życia oraz pewność, że społeczeństwo, w którym się żyje stwarza warunki pozwalające na uzyskanie i poprawę zdrowia przez wszystkich jego członków.

**/wszystkie powyższe w ramach leczenia zamkniętego i otwartego*

Prowadzenie działań profilaktycznych i wzrost powszechności dostępu do świadczeń zdrowotnych równocześnie z rosnącą jakością opieki jest niezbędnym elementem rozwoju społeczno-gospodarczego i decyduje w dużej mierze o poczuciu bezpieczeństwa społecznego. W większości obszaru regionu nadal dominuje opieka instytucjonalna, z racji tego dostępność do ochrony zdrowia, w tym także ochrony zdrowia psychicznego jest w mniejszym lub większym stopniu ograniczona. Rozwój profilaktyki oraz rynku usług medycznych (zarówno podstawowych jak i specjalistycznych) dopasowanych do zmieniających się potrzeb, pozwoli na poprawę warunków życia w regionie. Redukcja chorób, w tym cywilizacyjnych i realizowanie efektywnej opieki medycznej powinny odbywać się poprzez dobrze rozwinięty, łatwo dostępny system leczenia (oparty w pierwszej kolejności na podstawowej opiece zdrowotnej), zintegrowany z leczeniem zamkniętym, specjalistycznym i rehabilitacją, pozwalający na rozpoczęcie leczenia chorób we wczesnym, często odwracalnym stadium, w dalszej kolejności system szpitalny (zarówno ogólny jak również specjalistyczny) oraz opiekę rehabilitacyjną. Cel ten w znacznym stopniu powinien realizowany być w oparciu o sprawnie działający zespół opieki środowiskowej. Zatem zapewnienie mieszkańcom dostępności do świadczeń zdrowotnych wymaga stworzenia efektywnego sektora zdrowia, poprawę standardu i wyposażenia szpitali oraz spójnego systemu zarządzania jakością opieki zdrowotnej. Ze względu na ograniczenia dostępności do świadczeń medycznych, a zwłaszcza podstawowych usług z zakresu ochrony zdrowia, konieczna jest kompleksowa poprawa systemu leczenia ambulatoryjnego.

Pomocne będą tu tworzone centra zdrowia psychicznego, w ramach których opracowane zostaną nowe standardy jakościowe dla osób zagrożonych chorobą psychiczną, jak również współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi, realizującymi zróżnicowane formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Nieodzownym elementem polityki rozwoju regionu będzie zapewnienie mieszkańcom dostępu do usług publicznych o wysokim standardzie (zdrowy i bezpieczny mieszkaniec województwa). W szczególności dotyczy to usług, które warunkują bezpieczeństwo na najbardziej podstawowym poziomie, dotyczącym jakości życia. Mieszczą się tu działania z zakresu polityki ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Wejście w życie *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2011, Nr 231 poz.1375) umożliwiło rozwój nowych form oparcia społecznego dla osób przewlekle chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo, jakimi są ŚDS i specjalistyczne usługi opiekuńcze, udzielane w miejscu zamieszkania pacjenta. Formy te mają pomóc w integracji ze środowiskiem osobom mającym trudności w przystosowaniu się do życia, przywróceniu równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie w życiu. Rolą ich jest stworzenie azylu (zapewnienia potrzeb bezpieczeństwa, wsparcia, akceptacji i zrozumienia), budowanie społeczności korekcyjnej (realizacja potrzeb związanych z budowaniem własnej autonomii), uczenie umiejętności

społecznych, budowanie wspólnoty, uczenie odpowiedzialności za siebie i innych oraz wspieranie uczestników w przeżywaniu różnych trudności w sytuacjach zadaniowych (np. poszukiwanie pracy). W działaniach na rzecz poprawy oparcia społecznego istotną rolę mieć będzie rozwój sieci instytucji pomocy i integracji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi m.in. ŚDS, DPS, MCH, RDPS, OIK, Hosteli, OPS, jak również CIS, KIS oraz ZAZ, ZPCH i WTZ (współfinansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych). Działania na rzecz pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi prowadzi też kilkadziesiąt stowarzyszeń samopomocowych pacjentów i ich rodzin. Do polepszenia jakości życia w regionie przyczyni się zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, zarówno podstawowych, jak i specjalistycznych oraz tworzenie odpowiednich warunków do prowadzenia aktywnego trybu życia, co szczególnie istotne jest w przypadku województwa śląskiego, charakteryzującego się niskim poziomem zdrowotności mieszkańców regionu. Wzrost poczucia bezpieczeństwa społecznego, w tym zdrowotnego, to czynnik kształtujący zachowania społeczne, decydujący równocześnie o wizerunku regionu. Wspieranie grup osób zagrożonych marginalizacją i patologią społeczną pozwala na ograniczenie negatywnych zjawisk w dziedzinie zdrowia psychicznego oraz umocnienie solidarności oraz więzi międzyludzkich. Należy zatem wspierać samorządy lokalne, jak również organizacje pozarządowe oraz społeczne w organizowaniu polityki zdrowotnej i społecznej, w prowadzeniu działań na rzecz wyrównywania szans rozwoju zawodowego i społecznego oraz dążyć do koncentracji regionalnych usług publicznych, przy jednoczesnym zapewnieniu dostępności wszystkim mieszkańcom. Zapewnienie powszechności dostępu do profilaktyki i świadczeń zdrowotnych, z zachowaniem równych praw co do zakresu i jakości opieki dla wszystkich osób uprawnionych, będzie służyć poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego. Wdrożenie działań z zakresu środowiskowej opieki psychiatrycznej, wysoka jakość usług medycznych oraz łatwy do nich dostęp pozwoli na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego i poprawę warunków życia w regionie. Do poprawy stanu zdrowia mieszkańców przyczyni się również poprawa dostępu do wysokiej jakości usług medycznych oraz podwyższenie standardu ośrodków psychiatrycznego leczenia specjalistycznego. Zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej osobom pracującym pozwoli na wydłużenie czasu aktywności zawodowej oraz ograniczy wyłączenie osób z rynku pracy z powodów zdrowotnych. Do realizacji celu niezbędne jest zapewnienie edukacji w zakresie ochrony zdrowia i promocji zdrowia psychicznego różnym grupom ludności, zwłaszcza menadżerom oraz zwiększenie skuteczności udzielania właściwej pomocy medycznej i psychologicznej. Konieczne jest zwiększenie świadomości kadry zarządzającej nt zdrowia psychicznego, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych, zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi i nabywanie przez nich umiejętności, koniecznych do radzenia sobie w trudnych

sytuacjach, potrzebnych do skutecznego prowadzenia działalności na rynku pracy. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zapewni osobom z zaburzeniami psychicznymi opiekę i wsparcie, umożliwiające funkcjonowanie im we własnym środowisku społecznym, stworzenie godnych warunków życia, respektowanie ich praw obywatelskich oraz integrację społeczną. Wprowadzenie tego modelu opieki psychiatrycznej wymaga skoordynowanych działań organów samorządowych, wspieranych przez lokalną społeczność, jak również politykę społeczną państwa. W modelu tym główny ciężar leczenia spoczywa na formach leczenia skupionych poza szpitalem. Wychodząc naprzeciw założeniom, które sprawdziły się w systemach opieki zdrowotnej innych państw Unii Europejskiej, konieczne jest rozwinięcie i uzupełnienie sieci poradni zdrowia psychicznego i uzależnień, zapewniających opiekę dorosłym, dzieciom i młodzieży. Zwiększenia wymaga również liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, liczba oddziałów dziennych, zespołów opieki środowiskowej i ośrodków interwencji kryzysowej. Leczenie pacjenta w jego naturalnym środowisku społecznym, przy zapewnieniu odpowiedniego wsparcia pacjentowi, jak również jego rodzinie, przynosi znacznie lepsze efekty niż tradycyjny model opieki. Skraca to czas hospitalizacji i zwiększa poziom aktywności zawodowej chorego, umożliwiając mu szybszy powrót do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Koszty modelu środowiskowego są takie same, a często nawet niższe od kosztów modelu tradycyjnej opieki psychiatrycznej, skoncentrowanej na hospitalizacji szpitalnej. Przyjęcie powyższego Celu uzasadnia konieczność stworzenia i wprowadzenia nowoczesnego, sprawdzonego modelu opieki psychiatrycznej, służącego poprawie jakości leczenia psychiatrycznego m.in. ciągłości, skuteczności i zwiększonej dostępności. Zmiana oblicza psychiatrii instytucjonalnej (działającej przede wszystkim w oparciu o duże szpitale psychiatryczne) na środowiskową, daje osobie chorującej szansę na pozostawanie w domu zarówno w okresie remisji jak i zaostrzeń choroby. Aby przemiana ta mogła się dokonać potrzebne jest zatrudnienie osób z umiejętnościami terapeuty środowiskowego. Osoby takie będą pracować w środowiskowych placówkach ochrony zdrowia, takich jak poradnie zdrowia psychicznego, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego, a także w placówkach organizowanych przez opiekę społeczną czy organizacje pozarządowe (ŚDS, WTZ czy usługi opiekuńcze). Terapeuta środowiskowy będzie motywował do podjęcia leczenia, działał interwencyjnie w sytuacjach kryzysowych, wspomagał komunikację chorego i rodziny z ośrodkami leczenia i terapii. Do jego zadań należeć będzie: współudział w leczeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, tworzenie i rozwijanie sieci oparcia społecznego oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób chorujących psychicznie, zapewnienie ciągłości leczenia i oparcia społecznego, prowadzenie interwencji środowiskowych (pacjent, rodzina, społeczność lokalna), integracja i koordynacja oddziaływań różnych placówek, zapewnienie dostępu i efektywnego wykorzystania świadczeń

oferowanych przez system opieki, współpraca z innymi ośrodkami, a także edukowanie otoczenia pacjenta w sprawach dotyczących problemów związanych z chorobą.

Głównym zadaniem alternatywnych form organizacyjnych proponowanych przez psychiatrię środowiskową jest odciążenie oddziałów szpitalnych oraz rozwój opieki środowiskowej. Dzięki *ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* istotną część pomocy chorym psychicznie przejęła opieka społeczna organizując sieć ŚDS i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z kolei PFRON finansuje działalność WTZ prowadzonych przez m.in. organizacje pozarządowe oraz organizowane w wielu miastach OIK.

Podstawowymi formami opieki psychiatrycznej i odwykowej są poradnie oraz inne formy opieki środowiskowej (oddziały dzienne, zespoły opieki środowiskowej, ośrodki interwencji kryzysowych, placówki rehabilitacyjne i formy zakwaterowania chronionego - mieszkania chronione i hostele) oraz opieka szpitalna. Opieka szpitalna sprawowana jest głównie w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych. Brakuje infrastruktury i środków, pozwalających na leczenie i rehabilitację chorych psychicznie w środowiskach lokalnych. Tak więc pacjenci skazani są na leczenie w dużych szpitalach psychiatrycznych, poza miejscem zamieszkania. Generuje to nie tylko ogromne koszty (leczenie szpitalne jest najdroższą formą terapii chorych psychicznie), ale pogłębia również izolację pacjentów, którzy już ze względu na charakter swojej choroby, mają utrudniony kontakt z rodziną i otoczeniem. W miejsce dużych instytucji powstać powinny, alternatywne instytucje środowiskowe, przekształcone w miejsca aktywnego leczenia i rehabilitacji. Opieka nad zdrowiem psychicznym powinna być realizowana przez ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej oraz ośrodki środowiskowe. Duże scentralizowane instytucje psychiatryczne powinny zastąpione zostać przez, bardziej dostosowane do potrzeb osób chorych, ośrodki zdrowia psychicznego. Leczenie i rehabilitacja psychiatryczna osób z ostrymi psychozami odbywać się będzie w oddziałach stacjonarnych Centrów Zdrowia Psychicznego. Kontynuacja opieki psychiatrycznej będzie realizowana w trybie ambulatoryjnym oraz w formach pośrednich Centrów Zdrowia Psychicznego. Deinstytucjonalizacja (dążenie do zreformowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej) oraz wprowadzenie usług psychiatrycznych do opieki podstawowej oraz oddziałów w szpitalach ogólnych przyczyni się do włączenia osób chorych w życie społeczne. Wobec większego rozpowszechnienia i cięższego przebiegu chorób somatycznych u osób z zaburzeniami psychicznym celowe jest zatrudnienie lekarzy chorób wewnętrznych na oddziałach psychiatrycznych.

Promocja rozwoju psychiatrii środowiskowej ma na celu eliminację stygmatyzacji i dyskryminacji osób dotkniętych chorobą, zwiększenie zatrudnienia osób z problemami zdrowia psychicznego, organizację zawodowych szkoleń dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również wsparcie adaptacji miejsc i metod pracy przystosowanych do specjalnych potrzeb osób chorych, celem

zapewnienia im zatrudnienia na otwartym rynku pracy. W celu poprawy sytuacji nastąpić powinna reorientacja z opieki instytucjonalnej w opiekę środowiskową. Przyczynić ma się do tego promocja opieki w szpitalach ogólnych i środowiskowych zakładach opieki. Niedostatek nowoczesnych form pomocy i oparcia społecznego jest barierą opóźniającą możliwości zapewnienia wielostronnej, powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej. Zmiana tej tendencji wymaga ustanowienia zdecydowanych działań organizacyjnych oraz możliwości pozyskania środków finansowych na działania i rozwój tego typu form wsparcia. W działaniach na rzecz ochrony zdrowia najważniejszymi partnerami podmiotów odpowiedzialnych za problematykę zdrowia, z punktu widzenia odpowiedzialności za zdrowie psychiczne, są organizacje pozarządowe działające na rzecz zmian w dziedzinie zdrowia.

Upowszechnienie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej z innowacyjnymi rozwiązaniami organizacyjnymi i właściwym finansowaniem przyczyni się do podniesienia poziomu zdrowia psychicznego mieszkańców regionu, w szczególności dzieci i młodzieży. Na poprawę sytuacji wpłynie kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, pozyskiwanie umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawa funkcjonowania emocjonalnego, zapobieganie zaburzeniom związanym ze stresem i zaburzeniami nastroju w populacji (dzieci, dorośli, starsi), zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi (organizacja kampanii informacyjnych i społecznych) motywujących środowisko szkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również wspieranie jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej, w zakresie poszerzenia różnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej i samopomocy środowiskowej.

2.3 CEL GŁÓWNY III

Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego.

Uzasadnienie:

Problemem osób dotkniętych trudnościami psychicznymi jest ich stygmatyzacja, powodująca, że wiele z nich boi się bądź wstydzi szukać dla siebie fachowej, specjalistycznej pomocy. Skala problemu jest dość powszechna i dotyczy zwłaszcza zbiorowości środowisk o zakorzenionych negatywnych społecznie stereotypach. Stygmatyzacją bowiem jest nie tylko odmawianie równych praw, ale również szykanowanie, znęcanie psychiczne, wyszydzanie oraz przemoc fizyczna. Stygmatyzacja osób chorych przez społeczeństwo, wynika przede wszystkim z lęku oraz nieznajomości chorób psychicznych i przyczyn ich powstawania. Proces ten nie łatwo jest odwrócić, jak również niełatwo przekonać poszczególne osoby do pozbycia się przez nich, niczym nieuzasadnionych obaw skierowanych do chorych, dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Choroba psychiczna nie jest chorobą zakaźną, ani winą osoby chorej, dlatego zmiana nastawienia społeczeństwa do problemu wymagać będzie od osób zdrowych psychicznie więcej zrozumienia, zwłaszcza tolerancji i życzliwości skierowanej do osób dotkniętych chorobą. Przeciwdziałanie takiej dyskryminacji można upatrywać w zmianie nastawienia i sposobie myślenia społeczeństwa, na temat chorób psychicznych. Przyczynić może się do tego popularyzacja wiedzy o chorobach psychicznych, nie tylko przez psychologów, lekarzy czy osoby zdrowe, ale również przez same osoby dotknięte chorobą (próbując zrozumieć osoby ich etykietujące-naznaczające, nie winiąc siebie równocześnie za coś, co wynika z braku wiedzy i lęku innych). Obniżona samoocena, utarte opinie łączą się z utrwalonym w środowisku oraz mediach, wizerunkiem osoby psychicznej. „Samo piętnowanie” wpływa na racjonalne doświadczenie dyskryminacji. Przyjęcie przez osobę chorą negatywnego społecznego stereotypu, w zasadniczy sposób wpływa na jej funkcjonowanie, powodując utratę nadziei, brak motywacji do podejmowania aktywności, większy lęk w kontaktach z innymi skutkujący wycofaniem się ze środowiska. Niska samoocena jest nieodłącznym zjawiskiem doświadczenia dyskryminacji przez osoby chore psychicznie. Realizacja przyjętego Celu przyczyni się do zmiany nastawienia społeczeństwa do osób chorych. Kampanie edukacyjne kierowane do różnych grup społecznych przyczynią się do większego i lepszego zrozumienia osób z problemami zdrowia psychicznego, zmniejszenia lęku i przełamania negatywnych stereotypów. Kontakt bezpośredni jest najskuteczniejszą metodą zrozumienia osób chorych. Istotna jest również edukacja, która łącznie z porozumieniem daje najlepsze efekty w przeciwdziałaniu wykluczenia

z życia społecznego i zawodowego. Kampanie przeciw dyskryminacji osób chorych nie powinny prowadzone być wbrew osobom chorym (nieintruzyjnie). Włączając osoby chore w edukację, pozwala się im przezwyciężać chorobę oraz funkcjonujące w otoczeniu negatywne stereotypy. Pomoże to im również w zrozumieniu, współodczuwaniu i pokonywaniu problemów oraz lepszym radzeniu sobie ze stresem. Ochrona podstawowych praw i godności ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie koncentruje się na działaniach służących zwiększaniu akceptacji społecznej tych osób, poprzez deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej. Realizacji tego Celu służyć będzie również zwiększenie wiedzy środowisk medycznych, samych chorych i ich rodzin oraz opinii publicznej na temat praw człowieka, praw pacjenta, w szczególności praw pacjenta psychiatrycznego. Zgodnie z Kartą Praw Pacjenta opracowaną na podstawie Deklaracji Praw Pacjenta WHO, każdy pacjent posiada prawo do informacji i tajemnicy informacji o pacjencie oraz prawo do intymności i poszanowania godności, oznacza to, że wszelkie informacje dotyczące jego osoby uzyskane w związku z udzielanymi mu świadczeniami, w tym sam fakt udzielania świadczenia i pobytu w szpitalu, pozostać muszą w tajemnicy. Wszystkie informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta, faktów medycznych, rozpoznania, rokowań i leczenia, a także wszelkie inne informacje natury osobistej muszą pozostać poufne. Poufna informacja może być udzielana tylko w przypadku wyrażonej zgody pacjenta bądź gdy wyraźnie domaga się tego prawo. Wszystkie informacje dotyczące pacjenta stwarzające możliwość jego identyfikacji powinny być chronione. Ochrona danych musi być odpowiednia do sposobu ich przechowywania. Pacjent ma prawo również do skorygowania, usunięcia lub uaktualnienia niedokładnych, niekompletnych, dwuznacznych lub nieaktualnych albo nieodpowiednich dla potrzeb rozpoznania, leczenia lub opieki dotyczących jego osobistych i medycznych danych. Osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady psychiatryczne (szpital psychiatryczny, poradnie) mają prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Prawo to przysługuje również ich przedstawicielom ustawowym, opiekunom prawnym lub faktycznym. Ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady psychiatryczne należy do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, do zadań którego należy w szczególności przyjmowanie skarg od osób chorych wobec których dopuszczono się naruszenia prawa. Wobec gwałtownie wzrastających obowiązków administracyjnych, osoby i instytucje sprawujące opiekę mają prawo do organizacyjnej i prawnej pomocy administracji rządowej i samorządowej.

Brak dochodów, wykształcenia i wykluczenie społeczne wynikające z upośledzenia społecznego należą do głównych czynników ryzyka w przypadku zaburzeń psychicznych. Wykluczenie społeczne spowodowane dyskryminacją, stygmatyzacją czy bezrobociem nie pozwala ludziom uczestniczyć w systemie edukacyjnym lub szkoleniach oraz uniemożliwia dostęp do usług i działalności obywatelskiej. Zmniejszenie upośledzenia społecznego prowadzi do poprawy zdrowia

psychicznego, wzmocnienia więzi społecznych i poprawy zdrowia fizycznego oraz bardziej efektywnego działania. Z upośledzeniem społecznym i problemami ze zdrowiem psychicznym oraz zaburzeniami psychicznymi często związane jest naznaczenie, które pozbawia ludzi godności, przeszkadza im w pełni uczestniczyć w życiu społeczeństwa i narusza ich prawa człowieka. Z powodu stygmatyzacji cierpią nie tylko chorzy psychicznie, ale także ludzie o odmiennych przekonaniach, pochodzeniu kulturowym, czy sposobie zachowania. Stygmatyzacja i dyskryminacja należą do podstawowych przeszkód, jakie trzeba pokonać, aby promować integrację społeczną i wzmacnianie więzi społecznych. Zdrowie psychiczne i dobra kondycja stanowią fundamenty wysokiej jakości życia, mobilizują ludzi do szukania doświadczeń i czynią ich kreatywnymi i aktywnymi. Promocja zdrowia psychicznego niezbędna jest dla całej populacji, w tym także dla osób z problemami i zaburzeniami psychicznymi i ich opiekunów. Rozwój i wdrażanie programów zdrowia psychicznego może wpływać na zmniejszenie rozprzestrzeniania się stygmatyzacji osób z problemami psychicznymi, w szczególności zaś dyskryminacji. Stygmatyzacja jest podstawową przyczyną dyskryminacji i wykluczenia, w jej efekcie obniża się poczucie własnej wartości, ograniczają się i ulegają degradacji relacje rodzinne, obniża się zdolność socjalizacyjna (tworzenia domu i znalezienia pracy). Zapobieganie dyskryminacji jest jednym z głównych celów prewencji w zdrowiu psychicznym, promocji dobrej kondycji psychicznej oraz wdrażania efektywnego leczenia i opieki. Towarzyszyć temu powinno także ograniczenie działań naruszających prawa osób, szczególnie osób chorych psychicznie. Istotnym elementem tworzenia systemów informacji jest również rozwój systemów informatycznych oraz instytucji prowadzących monitoring i dostarczanie informacji dla społeczności nt skutecznej ochrony oraz zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego.

2.4 CEL GŁÓWNY IV

Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, w celu propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacji na terenie województwa, europejskich standardów opieki psychiatrycznej.

Uzasadnienie:

Współpraca międzynarodowa powinna obejmować w szczególności realizację porozumień na poziomie regionalnym, udział w pracach organizacji międzynarodowych, uczestnictwo w projektach oraz współpracę z instytucjami regionów partnerskich. Współpraca ta powinna polegać na propagowaniu, konsultowaniu, wykorzystywaniu wiedzy, doświadczeń oraz

modelowych rozwiązań z zakresu opieki psychiatrycznej regionów partnerskich. Ważnym elementem budowania współpracy będzie podejmowanie i wspieranie międzynarodowej współpracy instytucjonalnej, budowanie sieci współpracy z regionami partnerskimi w zakresie zdrowia psychicznego oraz promocja, przy wykorzystaniu doświadczeń regionów w zakresie rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej. W procesie tym szczególnie ważna jest rozbudowa infrastruktury, przełamanie barier kulturowych i prawnych. Istotne jest aby współpraca bazowała na wzajemnych doświadczeniach i rozwiązaniach (modelowych rozwiązaniach opieki psychiatrycznej). Prowadzenie współpracy wpłynie na poprawę oraz jakość opieki psychiatrycznej w regionie, umożliwi wymianę doświadczeń pomiędzy ośrodkami zajmującymi się tematyką opieki psychiatrycznej oraz zastosowanie nowych, sprawdzonych metod leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Do osiągnięcia celu konieczne będzie zwiększenie świadomości kadry zarządzającej jednostkami opieki psychiatrycznej, stworzenie platformy/sieci pomiędzy ośrodkami, wybranych do współpracy regionów/partnerów, celem zapoznania się z nowymi, stosowanymi przez nich metodami leczenia. Dla skuteczności leczenia istotna jest również wymiana doświadczeń i praktyk, w tym wymiana doświadczeń na polu naukowym, rozwijanie wspólnych inicjatyw, dzielenie się doświadczeniem ze swoich osiągnięć, umiejętność korzystania z najlepszych praktyk i ich adaptacja w swojej praktyce zawodowej. Wymiana dobrych praktyk w zakresie opieki psychiatrycznej oraz promocja i rozwój współpracy w zakresie rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej będą podstawowymi działaniami przy realizacji wyznaczonego Celu. Do jego osiągnięcia konieczne będzie zaangażowanie się we współpracę sieci centrów zdrowia psychicznego, co umożliwi: wspólne działania na rzecz zdrowia psychicznego (w tym prace badawcze), doskonalenie kadr poprzez szkolenia, tworzenie systemów wymiany doświadczeń i najlepszych praktyk służących jako inspiracja dla innych ośrodków, tworzenie warunków do wzajemnych kontaktów między ośrodkami/centrami, regionami i naukowcami celem rozwiązywania wspólnych problemów.

Nowe sposoby prowadzenia leczenia zaburzeń psychicznych nie są jeszcze szeroko rozpowszechnione, dlatego celem współpracy jest między innymi możliwość zdobycia wiedzy na temat modelowych rozwiązań opieki psychiatrycznej, dostosowanie ich do własnych warunków i wykorzystanie zdobytej wiedzy w praktyce. Wprowadzenie prostych rozwiązań może przyczynić się do zmniejszenia kosztów leczenia i podniesienia wydajności opieki. Instytucje i mechanizmy ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznym, w poszczególnych państwach członkowskich są różne. Promowanie dobrych praktyk, w tym zakresie wzbogaci inicjatywy na poziomie regionu. Wdrożenie rozwiązań stosowanych w innych krajach Wspólnoty (regionów partnerskich) pomoże skutecznie rozwiązać problemy z jakimi trzeba zmagać się w regionie (zapewnienie dostępności osób chorych i niepełnosprawnych psychicznie, do nowoczesnych form terapii o potwierdzonej skuteczności - psychoterapii i nowych leków psychotropowych - przyczyni się również do

umacniania solidarności międzynarodowej na rzecz rozwoju zdrowia psychicznego). Ważne będzie również wspieranie i wzmacnianie roli organizacji pozarządowych regionów partnerskich w promocji zdrowia psychicznego i profilaktyce zaburzeń psychicznych (szczególne znaczenie mają organizacje zajmujące się prawami obywatelskimi, społecznymi, prawami dzieci oraz osób z niepełnosprawnością fizyczną lub umysłową). Docenienie znaczenia zdrowia psychicznego w krajach europejskich jest znaczącym krokiem w kierunku wychodzenia z różnego rodzaju zaniedbań dotyczących sfery zdrowia. Współpraca między krajami europejskimi w tym zakresie, zwłaszcza w obszarze tworzenia nowych rozwiązań opieki i pomocy psychiatrycznej powinna bazować na wzajemnych doświadczeniach. Przyjęcie jednej skoordynowanej polityki unijnej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego społeczeństw pozwoli stworzyć właściwe warunki do harmonijnego rozwoju psychicznego społeczeństwa, umożliwi zdobycie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a także pozwoli na kształtowanie lepszych relacji międzyludzkich. Współpraca powinna dotyczyć działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego, nowych rozwiązań opieki oraz form pomocy psychiatrycznej, poprawy opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi psychicznie, ochrony ich praw i jakości życia, w tym także przeciwdziałania stygmatyzacji, a także badań nad problemami zdrowia psychicznego.

Realizacja wszystkich zaplanowanych Celów skutkować będzie poprawą ochrony zdrowia psychicznego w województwie, przyczyni się do unowocześnienia leczenia psychiatrycznego, upowszechnienia wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz kształtowania zachowań korzystnych dla zdrowia psychicznego, w tym rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu. Skutkować będzie również przeciwdziałaniu nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu z życia zawodowego i społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi.

3. Cele szczegółowe

Do realizacji celów głównych oraz zmaksymalizowania szans ich osiągnięcia prowadzić będą przyjęte **Cele szczegółowe:**

- 1. Upowszechnienie na obszarze województwa śląskiego wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.**
- 2. Przeciwdziałanie nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi.**
- 3. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej - wdrożenie modelu środowiskowej, zintegrowanej opieki psychiatrycznej.**
- 4. Wsparcie środowisk medycznych poprzez upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.**
- 5. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.**
- 6. Ochrona praw osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki psychiatrycznej.**
- 7. Budowanie sieci współpracy z regionami partnerskimi województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychicznego.**

4. Kierunki działań

Realizacja celów szczegółowych odbywać się będzie poprzez wytyczone kierunki działań. Podjęte działania zapobiegać będą zagrożeniom życia psychicznego i przyczynią się do poprawy stanu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa. Ich realizacja skutkować będzie zapewnieniem ciągłej, kompleksowej oraz wysokiej jakości opieki zdrowotnej - usług medycznych o wysokim standardzie, a także prowadzić będzie do unowocześnienia opieki psychiatrycznej regionu.

W ramach **CELU I** podjęte działania mają przyczynić się do promocji zdrowia psychicznego i zapobiec wzrostowi zaburzeń psychicznych wśród społeczeństwa regionu. Służyć ma temu opracowanie regionalnego programu promocji zdrowia, prowadzenie kampanii medialnej promującej i upowszechniającej zdrowie psychiczne (m.in. poprzez tworzenie sieci informacji o zdrowiu – elektroniczne książki zdrowia: e-zdrowie, e-medycyna), promocja zdrowia psychicznego w szkołach (szkolenia dla pedagogów i psychologów szkolnych), organizowanie konferencji i upowszechnienie informacji dot. zdrowia psychicznego na stronie internetowej oraz

placówkach szkolnych województwa, jak również stworzenie systemu poradnictwa i pomocy (kampanie informacyjne, publikacja przewodników). Podjęte działania przyczynią się do upowszechnienia wśród społeczeństwa wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowania zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu. Doprowadzą również do wzrostu tolerancji wśród społeczeństwa wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zmniejszenia dyskryminacji i stygmatyzacji osób chorych psychicznie. Działania realizowane będą przy pomocy programów informacyjno-edukacyjnych skutkujących przybraniem postawy zrozumienia i akceptacji osób z zaburzeniami psychicznymi, a także poprzez organizację systemu poradnictwa i pomocy osobom będącym w stanach kryzysu psychicznego. Głównym celem programów edukacyjnych jest edukacja i wspieranie osób z zaburzeniami psychicznymi w poznaniu swojej choroby, w radzeniu sobie ze stanami emocjonalnymi jej towarzyszącymi oraz w uzyskaniu integracji z otoczeniem.

Do osiągnięcia zaplanowanego Celu przyczynią się również działania realizowane na szczeblu lokalnym (przez samorządy gmin i powiatów) tj. opracowanie i realizacja programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i środowisku lokalnym, opracowanie i realizacja lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego, przygotowanie i realizacja programów informacyjno-edukacyjnych, sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również tworzenie lokalnych OIK, oferujących poradnictwo i pomoc w stanach kryzysu zagrażającego zdrowiu psychicznemu.

Rozwijanie kompetencji osób odpowiedzialnych za promocję zdrowia powinno odbywać się poprzez kształcenie profesjonalistów z dziedziny opieki zdrowotnej. Zagwarantowanie tego nastąpić może poprzez szkolenie wyspecjalizowanych pracowników w zakresie promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego, wspieranie opracowywania zintegrowanych programów szkolenia dla pracowników opieki zdrowotnej, zawierających elementy promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, opracowanie strategii zwiększających możliwości wdrażania promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, uwzględniających udział kluczowych podmiotów działających w społeczności, a także opracowanie narzędzi działania na rzecz promocji zdrowia, poprzez dostarczanie informacji o zdrowiu psychicznym, korzyściach płynących z promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Działania podejmowane w ramach **CELU II** służyć będą upowszechnieniu środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (zintegrowanej, środowiskowej opieki psychiatrycznej), wsparciu środowisk medycznych oraz aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi. Realizowane będą poprzez rozwój sieci poradni zdrowia psychicznego i uzależnień zapewniających opiekę dorosłym, dzieciom i młodzieży, zwiększanie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, liczby oddziałów dziennych, ZLS i OIK, tworzenie sieci CZP, współpracę z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi, realizującymi zróżnicowane formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również przez zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizację szkoleń i poradnictwa zawodowego dla osób chorych, również prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnych skierowanych do pracodawców. Do realizacji Celu przyczyni się także współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi i ich zaangażowanie w świadczeniu różnych form pomocy dla osób chorych psychicznie. Działania polegać będą na wzmocnieniu partnerskiej współpracy na rzecz zdrowia psychicznego i rozwoju społecznego (np. tworzenie sieci miast, szkół i miejsc pracy), aktywnym współdziałaniu z wszystkimi sektorami i podmiotami działającymi w obszarze zdrowia psychicznego (zidentyfikowanie i uwzględnienie wzajemnych korzyści, wynikających z inwestowania w zdrowie psychiczne), rozpowszechnianiu w innych sektorach informacji o rozlicznych korzyściach zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych, które można uzyskać w zdrowiu psychicznym, podkreślaniu potrzeby budowania sojuszy i partnerstwa dla zdrowia psychicznego na wszystkich poziomach, umacnianiu solidarności międzynarodowej na rzecz rozwoju zdrowia psychicznego (z wykorzystaniem w tym celu europejskich struktur do współpracy i współdziałania), wspieraniu i wzmacnianiu roli organizacji pozarządowych w promocji zdrowia psychicznego i profilaktyce zaburzeń psychicznych (szczególne znaczenie mają tu organizacje zajmujące się prawami obywatelskimi, kulturowymi, ekonomicznymi i społecznymi, prawami dzieci oraz osobami z niepełnosprawnością fizyczną lub umysłową).

Realizacja działań przyczyni się do powstania w województwie sieci centrów zdrowia psychicznego oraz stopniowego zmniejszenia i przekształcenia dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (rehabilitacyjne opiekuńczo-lecznicze). Wiązać się to będzie z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych (rozwijanie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych), jak również zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej. Zastępowanie opieki szpitalnej formami pośrednimi gwarantuje udzielanie bardziej skutecznej i zarazem tańszej pomocy osobom dotkniętym chorobami psychicznymi, przy czym redukcja ilości łóżek szpitalnych może odbywać

się jedynie w sposób naturalny, w miarę zmniejszania się zapotrzebowania. Działania podejmowane w ramach Celu wpłyną również na aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi i zmianę ich sytuacji na rynku pracy. Działaniom zmierzającym do upowszechnienia pełnego udziału w życiu zawodowym osób z zaburzeniami psychicznymi powinna sprzyjać:

- organizacja na poziomie samorządowym różnych form oparcia społecznego poprzez subwencjonowaną pracę, przy bliskim współdziałaniu instytucji opieki psychiatrycznej oraz jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, urzędów pracy i organizacji obywatelskich, działających na rzecz osób chorujących psychicznie,
- stworzenie podstaw prawnych i rozwój różnych form zatrudnienia subwencjonowanego na otwartym rynku pracy oraz zróżnicowanych form rehabilitacji społeczno – zawodowej, dostosowanych do indywidualnych potrzeb, dla zapewnienia udziału osób chorujących psychicznie w życiu zawodowym,
- organizacja pracy łatwo dostępnej, elastycznie zaplanowanej np. w centrach integracji społecznej, przedsiębiorstwach społecznych, zakładach aktywności zawodowej, zakładach pracy chronionej, jak również w ramach robót publicznych czy też pracach społecznie użytecznych.

Mimo ciągłego rozwoju form ambulatoryjnych, poradni czy oddziałów opieki dziennej dostępność do porad psychiatrycznych jest ograniczona, a społeczeństwo wciąż w znikomym stopniu jest gotowe na korzystanie z tego typu porad. Podstawowym ogniwem opieki środowiskowej powinny być poradnie i zróżnicowane formy opieki pośredniej, takie jak: różne formy częściowej hospitalizacji (dienne, nocne), zespoły opieki środowiskowej, ośrodki interwencji kryzysowych oraz różne typy opieki dziennej (kluby, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej), a także różne formy zamieszkania (mieszkania chronione, hostele). Placówki te powinny prowadzone być przez wyspecjalizowane zespoły terapeutyczne, we współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, a także ośrodkami pomocy społecznej. Istotne jest zatem wzajemne uzupełnianie się kompetencji lekarzy psychiatrów i terapeutów. Zadaniem lekarzy psychiatrów jest minimalizowanie objawów chorobowych poprzez farmakologię, z kolei rolą terapeuty jest wspieranie osób chorych, uczenie ich kompetencji społecznych oraz innych umiejętności przydatnych w życiu codziennym. W tworzeniu systemów oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi i organizowaniu środowiskowych domów samopomocy, jednostki opieki psychiatrycznej, szczególnie formy środowiskowe, powinny współdziałać z ośrodkami pomocy społecznej. Naturalnym jest więc zwiększenie się roli pomocy społecznej w zapewnieniu oparcia środowiskowego osobom z zaburzeniami psychicznymi (m.in. rozwój sieci ŚDS, organizacja ośrodków rehabilitacyjno-wychowawczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wsparcie procesu pozyskiwania miejsc pracy dla osób chorych psychicznie). Zakłada

się także przekształcenie i modernizację leczenia szpitalnego, a przede wszystkim rozwój sieci oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, któremu powinien towarzyszyć równoległy proces znacznego zmniejszania liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych. Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych poprawiają dostęp do diagnostyki i leczenia somatycznych chorób współistniejących, pozwalają na wyrównywanie dostępności terytorialnej opieki stacjonarnej oraz zmniejszają stygmatyzację osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. W rezultacie przemian opieka szpitalna powinna stać się bardziej dostępna i zróżnicowana. Zintegrowanie placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej nastąpi w wyniku tworzenia centrów zdrowia psychicznego, również lokalnych, zapewniających mieszkańcom powiatu i gminy kompleksowej, środowiskowej (stacjonarnej i niestacjonarnej) opieki w zakresie zdrowia psychicznego, poszerzenie, zróżnicowanie oraz unowocześnienie pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, finansowanie samopomocowych projektów służących rozwojowi form oparcia społecznego dla tych osób. Na aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi wpływ będzie mieć również zwiększenie dostępności do rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób ze schorzeniami psychicznymi, prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnych skierowanych do pracodawców. Podstawowym zadaniem w ramach wymienionego Celu będzie tworzenie i rozwój środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w której zapewnia się opiekę psychiatryczną i odwykową dla populacji zamieszkałej na określonym terytorium (ok. 50-200 tys. mieszkańców, skala powiatu lub kilku powiatów mniejszych), gdzie poszczególne placówki opieki psychiatrycznej są funkcjonalnie zintegrowane w jeden system, którego działalność skoordynowana jest między sobą i działalnością innych placówek sprawujących opiekę zdrowotną oraz udzielających pomocy społecznej i oparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi. Podstawowymi formami opieki psychiatrycznej i odwykowej są poradnie oraz inne formy opieki środowiskowej oraz opieka szpitalna. Opieka szpitalna sprawowana będzie głównie w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych. Duże szpitale psychiatryczne ulegać będą zmniejszeniu i przekształceniu w jednostki specjalistyczne (centra aktywnego leczenia i wielopłaszczyznowej rehabilitacji). Optymalnym modelem organizacyjnym dla działań środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, jest **Centrum Zdrowia Psychicznego**, w którym opiekę psychiatryczną sprawuje stały wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny, koordynujący opiekę nad pacjentem we wszystkich formach opieki. Model ten zapewnia osobom z zaburzeniami psychicznymi opiekę i wsparcie, umożliwiające im funkcjonowanie we własnym środowisku społecznym, stwarzając godne warunki życia, respektując ich prawa obywatelskie i zapewniając integrację społeczną. Wprowadzenie ww. modelu opieki psychiatrycznej wymaga skoordynowanych działań organów samorządowych wspieranych przez lokalną społeczność, jak również politykę społeczną państwa. W modelu tym

główny ciężar leczenia spoczywa na formach leczenia skupionych poza szpitalem. Wychodząc naprzeciw założeniom, które sprawdziły się w systemach opieki zdrowotnej innych państw Unii Europejskiej, konieczne jest rozwinięcie i uzupełnienie sieci poradni zdrowia psychicznego i uzależnień, zapewniających opiekę dorosłym, dzieciom i młodzieży. Zwiększenia wymaga również liczba oddziałów dziennych, zespołów opieki środowiskowej i ośrodków interwencji kryzysowej. Wieloletnie badania dowiodły, iż leczenie pacjenta w jego naturalnym środowisku społecznym, przy zapewnieniu mu oraz jego rodzinie odpowiedniego wsparcia, przynosi znacznie lepsze efekty niż tradycyjny model opieki. Skraca to czas hospitalizacji i zwiększa poziom aktywności zawodowej chorego, umożliwiając mu szybszy powrót do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Koszty modelu środowiskowego są zazwyczaj takie same, a często nawet niższe od kosztów modelu tradycyjnej opieki psychiatrycznej, skoncentrowanej na hospitalizacji szpitalnej. Celem tworzenia **Centrum** jest wprowadzenie nowoczesnego, sprawdzonego modelu opieki psychiatrycznej, służącego poprawie jakości leczenia psychiatrycznego (dostępności, ciągłości i skuteczności, ograniczającego rozmiary i negatywne skutki hospitalizacji, również koszty opieki psychiatrycznej), pozywającego na uruchamianie inicjatyw i zasobów społecznych lokalnej społeczności, przeciwdziałającego stygmatyzacji i wykluczeniu chorych psychicznie obywateli oraz zapewniającego warunki do społecznej integracji osób z tego rodzaju zaburzeniami psychicznymi.

Zróznicowanie form i opieki pomocy psychiatrycznej polegać będzie na:

- poszerzaniu zasięgu i dostępności już istniejących oraz inicjowaniu nowych form opieki, pomocy i oparcia bytowego:
 - pomoc bytowa (m.in. świadczenia finansowe, rzeczowe oraz usługi specjalistyczne),
 - pomoc mieszkaniowa (m.in. chronione zakwaterowanie),
 - pomoc stacjonarna (np. zakładów opiekuńczo-leczniczych/leczniczo-opiekuńczych, domów pomocy społecznej),
 - samopomoc środowiskowa (np. środowiskowych domów samopomocy),
- poszerzaniu dostępności rehabilitacji zawodowej (warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywności zawodowej),
- pobudzaniu i wspieraniu samopomocowych inicjatyw organizacji pozarządowych na rzecz tworzenia form oparcia społecznego w środowisku rodzinnym, szkolnym, zawodowym (np. działalność klubów),
- rozwijaniu istniejących centrów pomocy rodzinie.

Towarzyszyć temu powinno wspieranie działań (samorządowych i pozarządowych) ograniczających tendencję do bierności, izolacji, wykluczania i uzależnienia instytucjonalnego, wzmacnianie roli organizacji samopomocowych, zrzeszających osoby korzystające z opieki

psychiatrycznej lub ich rodziny oraz wspieranie ich działań.

Pomoc mieszkaniowa jako forma usługi opiekuńczej oraz pomoc świadczona przez ŚDS, realizowane są jako zadania zlecone gminom przez administrację rządową w ramach pomocy społecznej. Usługi opiekuńcze dostosowane powinny być do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Pomoc mieszkaniowa polegać może między innymi na udostępnianiu miejsca w środowiskowym domu samopomocy. ŚDS są organizowane i finansowane przez instytucje pomocy społecznej (na zasadach określonych w przepisach *ustawy o pomocy społecznej*). Mogą być także tworzone przez samorządy, organizacje społeczne, kościoły i związki wyznaniowe oraz osoby prawne i fizyczne.

Opieka środowiskowa jest jedną z formą opieki nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi (wprowadzona pod koniec lat 60 ubiegłego wieku, w Polsce zaczęła dobrze funkcjonować w latach 70-tych, przestała rozwijać się podczas transformacji społeczno-ekonomicznej, kiedy niskie finansowanie służby zdrowia spowodowało jej nieopłacalność), stosowana jest po to, aby chory pozostał w swoim środowisku rodzinnym, miejscu pracy, wśród znajomych i przyjaciół (nierealna w przypadku ciężkich schorzeń psychicznych). Opieka środowiskowa nie zawsze jednak jest możliwa, odejście od stacjonarnego systemu, jest równoznaczne z odejściem od finansowania szpitali i utrzymania infrastruktury, mimo tego jest preferowaną formą opieki nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, gdyż wymusza intensywność tej opieki i jest tańsza od opieki całodobowej. Rozwój opieki środowiskowej uzależniony jest od znalezienia źródła jej finansowania. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), zakłada reorganizację psychiatrycznej opieki zdrowotnej na model środowiskowy. Przyjmuje się, że podstawową jednostką świadczącą usługi, będzie Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), mniej więcej jedno na 50-200 tys. mieszkańców. Szacuje się, iż liczba miejsc w jednym oddziale dziennym w ramach CZP docelowo kształtować się będzie na poziomie 20 – 30 miejsc na 50 tys. mieszkańców. Preferowane jednostki tworzone są w celu zapewnienia opieki psychiatrycznej oraz orzecznictwa i konsultacji dla podstawowej opieki zdrowotnej. Placówki udzielają wszechstronnej, psychiatrycznej opieki zdrowotnej (diagnostyka, leczenie i rehabilitacja) oraz wykonują konsultacje i orzecznictwo. Wszechstronność opieki świadczonej przez CZP wynika ze zróżnicowania świadczeń zdrowotnych oferowanych przez jego poszczególne zespoły, koordynacji świadczeń udzielanych poszczególnym chorym, dostosowanie struktury organizacyjnej do lokalnych potrzeb. Tworzy się je celem wprowadzenia nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej: poprawy jakości leczenia psychiatrycznego tj. dostępności, ciągłości, skuteczności, ograniczenia rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji (również kosztów opieki psychiatrycznej), uruchamiania inicjatyw i zasobów społecznych lokalnej społeczności, przeciwdziałania stygmatyzacji i wykluczeniu chorych psychicznie osób, a także zapewnienia warunków do społecznej integracji

osób z zaburzeniami psychicznymi. Głównym celem działania CZP jest nieniesienie pomocy wszystkim osobom potrzebującym pomocy psychiatrycznej, psychologicznej i psychoterapeutycznej (m.in. poprzez wizyty lekarskie, porady psychologiczne, psychoterapię indywidualną i grupową, terapię wglądową i poznawczo behawioralną). Centra współpracują z placówkami pomocy społecznej w zakresie świadczeń opiekuńczych, pomocy materialnej i mieszkaniowej, rehabilitacji zawodowej, domów samopomocy i pomocy społecznej.

Planowanie zmiany w opiece psychiatrycznej (prowadzone z uwzględnieniem podstawowych postulatów psychiatrii środowiskowej) powinny gwarantować osobom chorym opiekę pozwalającą na funkcjonowanie we własnym środowisku i zapewniającą możliwie wysoką jakość życia, w połączeniu z poszanowaniem ich godności i praw. Zgodnie z założeniami psychiatrycznej opieki środowiskowej zmianie ulec powinno podejście do terapii chorego jako procesu znacznie szerszego niż jedynie aspekty klinicznej kontroli choroby, obejmującego także funkcjonowanie chorego w społeczeństwie oraz pomoc w codziennych zadaniach. Ważne jest również objęcie pomocą osób najbliższych choremu, które często stanowią podstawową siłę w opiece nad chorym i przez to same potrzebują pomocy. Organizacja systemu opieki środowiskowej wymaga umiejscowienia zadań na poziomie lokalnym, w środowisku własnym osób potrzebujących wsparcia, a także integracji opieki psychiatrycznej ze strukturami podstawowej opieki zdrowotnej.

Zmiany prowadzące ku środowiskowemu modelowi opieki psychiatrycznej, w pierwszej kolejności polegać powinny na przygotowaniu ludności do funkcjonowania w lokalnym środowisku, które będzie wspierało osoby z zaburzeniami psychicznymi. W tym celu niezbędne jest prowadzenie działań edukacyjnych i umożliwienie osobom chorym prowadzenie terapii w miejscu zamieszkania. Dlatego *pierwszym etapem* procesu przekształcania systemu opieki psychiatrycznej powinno być stworzenie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego. Poprawa niezbędna jest również w dostępności do psychiatrycznych zespołów środowiskowych. Zorganizowania w pierwszej kolejności wymagają CZP oraz zespoły opieki środowiskowej jako głównego elementu systemu. Największą potrzebą jest zapewnienie społeczeństwu lepszego dostępu do zespołu terapeutycznego, w przypadku konieczności terapii utrzymanie jej ciągłości oraz podniesienie jej skuteczności. Uzyskanie pożądanych efektów wymaga stworzenia sieci placówek, których liczba zapewni objęcie opieką jednego centrum ok. 1 500 dorosłych osób. Ważna jest również standaryzacja CZP pod kątem specjalizacji personelu (ujednolicenie zespołów), godzin funkcjonowania (czynne codziennie) oraz wyrównanie całej sieci pod kątem odległości od miejsca zamieszkania chorego (jedno CZP powinno objąć swoim działaniem obszar zamieszkały przez ok. 50 tys. mieszkańców). Istotne jest także doprowadzenie do lepszej współpracy centrum z innymi ośrodkami opieki psychiatrycznej oraz instytucjami opieki społecznej. Głównymi zadaniami CZP w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinny być: prowadzenie opieki czynnej, zapewnienie opieki zespołu leczenia

domowego, prowadzenie grup edukacyjnych oraz współpraca z opieką społeczną w celu aktywizacji zawodowej osób chorych. Wśród zadań przewidzianych w ramach *opieki czynnej* znajduje się stały nadzór nad grupą osób wymagających aktywnej opieki (również prowadzenie rejestru tych osób, umożliwiającego kontrolę procesu terapeutycznego). Jednym z zadań opieki czynnej prowadzonej w ramach centrum zdrowia psychicznego jest również zawężenie grupy osób, które zostają poddane hospitalizacji. W tym celu w każdym centrum powinny zostać powołane *Zespoły Leczenia Domowego*, których zadaniem będzie aktywna opieka nad chorymi rozumiana jako konsultacje specjalistyczne w domu chorego oraz prowadzenie terapii w środowisku chorego. Hospitalizacja powinna być zarezerwowana jedynie dla przypadków, w których żadna z dostępnych w domu chorego form terapii nie daje efektu. Wśród zadań CZP znajdują się otwarte *grupy edukacyjne* – spotkania ze specjalistami, prelekcje związane ze zdrowiem psychicznym organizowane raz w tygodniu w poradni i nagłaśniane w miejscach publicznych. Prowadzenie takich działań pozwoli na aktywne poszukiwanie osób, które potrzebują wsparcia specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Mogą być ponadto elementem włączania chorych w życie lokalnego społeczeństwa. Ważnym zadaniem CZP jest *ściśła współpraca z instytucjami opieki społecznej*, mająca na celu prowadzenie aktywizacji zawodowej osób chorych. Jednym z głównych założeń psychiatrii środowiskowej jest umożliwienie chorym funkcjonowania w ich lokalnych społecznościach, a także w miarę możliwości każdego z pacjentów, powrót do aktywnego życia, w tym również życia zawodowego.

Rolę CZP można określić jako integratora opieki nad osobą chorą. Z jednej strony zadaniem jest nadzorowanie postępów terapii, z drugiej czuwanie nad szybkością i zakresem powrotu osoby chorej do społeczeństwa. Osoby, które nie będą chciały lub nie będą mogły podjąć pracy, powinny zostać skierowane do współpracujących z centrami WTZ lub ŚDS. W środowisku domowym osobom najciężej chorym pomagać powinny zespoły specjalistycznych usług opiekuńczych, w ten sposób każdy chory uzyska pomoc adekwatną do jego potrzeb.

W *drugim etapie* zmian wskazane jest tworzenie ośrodków, które pozwolą na ponowne, stopniowe wdrażanie osób chorych do funkcjonowania w społeczeństwie. Biorąc pod uwagę potrzeby kolejnych faz leczenia, środowiskowy model opieki przewiduje opiekę w hostelach, gdzie chorzy mają całodobową opiekę wyspecjalizowanego personelu oraz w mieszkaniach chronionych, w których chorzy przechodzą kolejny etap wdrażania w samodzielne życie z czasową pomocą personelu (codzienne wizyty). Dom rodzinny niejednokrotnie nie jest miejscem, w którym chory może otrzymać najlepsze wsparcie w powrocie do zdrowia. Choroba brutalnie przerywa im dotychczasowe relacje rodzinne i społeczne, po leczeniu szpitalnym rodzina pełna jest często nierealistycznych oczekiwań, co może prowadzić do napięć, ciągłych rozczarowań i poczucia braku akceptacji. Ograniczone inicjatywy osoby chorej spowodowane są często postawą

nadopiekuńczości bądź brakiem zainteresowania ze strony bliskich, dlatego też dla wielu osób po kryzysie psychotycznym powrót do samodzielnego funkcjonowania możliwy jest jedynie poza domem rodzinnym, dając tym samym szansę na uniezależnienie się od pomocy innych. Tworzenie mieszkań chronionych i hosteli przeciwdziała powstawaniu psychiatrycznych enklaw, inicjatywa ta zmierza do integracji ludzi chorych z tzw. zdrowym społeczeństwem. Warunkiem uruchamiania takich form opieki jest nie tylko dostępność środków finansowych ale przede wszystkim niska aprobata społeczna dla sąsiedztwa osób z zaburzeniami psychicznymi. Ze względu na niezadowalający poziom akceptacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, również na tym etapie niezbędne jest prowadzenie zakrojonych na szeroką skalę działań edukacyjnych. Uzyskanie przyzwolenia lokalnej społeczności na uruchomienie hostelu lub mieszkania chronionego (rozumianego jednoznacznie z akceptacją chorych), pozwoli na pełne wykorzystanie zalet środowiskowego modelu opieki. Będzie miało pozytywny wpływ na skuteczność działań terapeutycznych i rehabilitacyjnych, znacząco skracając czas niezbędny do uzyskania najpełniejszego możliwego poziomu funkcjonowania osoby chorej w środowisku. Po opuszczeniu oddziału całodobowego większość chorych będzie potrzebowała dokończenia leczenia w trybie dziennym, stąd pilna potrzeba zwiększenia liczby oddziałów dziennych i umożliwienie dostępu do nich dla każdego chorego. Wśród pozytywów rozwoju środowiskowej opieki psychiatrycznej znajduje się wzrastająca liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych oraz sieci oddziałów dziennych.

Po zbudowaniu sprawnie funkcjonującej sieci CZP możliwe będzie rozpoczęcie *trzeciego etapu* przekształcania systemu opieki psychiatrycznej i dopasowanie go do wymogów europejskich. Wyzwaniem jest zmniejszenie liczby izolowanych szpitali psychiatrycznych na rzecz oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Likwidacja tego typu placówek nastąpić powinna dopiero po uruchomieniu ośrodków o kompetencjach umożliwiających przejęcie chorych i przygotowanie ich do funkcjonowania w społeczeństwie. Bardzo ważne jest również dostosowanie zasobów i struktury kadr w zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki środowiskowej.

Formą terapii dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi jest Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego), będący najczęściej jednostką organizacyjną szpitala psychiatrycznego, poradni zdrowia psychicznego lub zakładu opieki zdrowotnej. Podstawową formą kontaktu są wizyty domowe. Zespół zapewnia świadczenia zdrowotne w środowisku społecznym pacjentom, którzy:

- zakończyli leczenie w oddziale całodobowym lub dziennym i wymagają dalszych, intensywnych oddziaływań socjoterapeutycznych, farmakologicznych i rehabilitacyjnych,
- z którymi nie udało się uzyskać trwałej efektywnej współpracy w leczeniu w warunkach oddziału szpitalnego lub poradni (chorzy wielokrotnie hospitalizowani),

- nie korzystają z innych form leczenia.

W Zespole zatrudnione są osoby o różnych specjalnościach zawodowych: psychiatry, psycholodzy (psychoterapeuci), pielęgniarki, pracownicy socjalni, pedagodzy, terapeuci zajęciowi. Każdy pacjent przyjęty do Zespołu ma swojego terapeutę, z którym realizuje indywidualny program terapeutyczny. Terapeuta utrzymuje także kontakt i współpracuje z rodziną, środowiskiem pacjenta, odpowiednimi placówkami leczącymi (szpital, poradnie) oraz innymi instytucjami i organizacjami społecznymi. Zespół przyczynia się do poprawy ciągłości leczenia i jego efektów, celem jego pracy jest skrócenie czasu pobytu w oddziale całodobowym, w niektórych wypadkach uniknięcie hospitalizacji i zapobieganie nawrotom. Do Zespołu nie są przyjmowani pacjenci, którzy ze względu na swój stan psychiczny lub fizyczny, wymagają leczenia szpitalnego. W upowszechnieniu ZLS przyjąć należy nie tylko tworzenie nowych struktur, co reorganizację struktury już istniejącej. Proponuje się przy CZP stworzenie poradni środowiskowych i zatrudnienia w nich osób z profesją terapeuty środowiskowego. Osoby z tymi umiejętnościami działają na polu prewencji i promocji, pełniąc funkcję indywidualnego opiekuna – doradcy pacjenta i rodziny. Mogą pracować w środowiskowych placówkach ochrony zdrowia, takich jak poradnie zdrowia psychicznego, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego, a także w placówkach organizowanych przez opiekę społeczną czy organizacje pozarządowe (ŚDS, WTZ czy usługach opiekuńczych). Terapeuta środowiskowy działa interwencyjnie w sytuacjach kryzysowych, wspomaga komunikację chorego i rodziny z ośrodkami leczenia i terapii, pełni kluczową rolę w przemianie psychiatrii instytucjonalnej na środowiskową. W stworzeniu sprawnej opieki środowiskowej przeszkodą jest niewystarczająca liczba osób o odpowiednich kwalifikacjach do prowadzenia nowoczesnej terapii, niewystarczająca jakościowo i ilościowo oferta nowoczesnych usług terapeutycznych, brak programów terapeutycznych dla niektórych populacji, (młodzieży, uzależnionych krzyżowo) czy niewystarczający stan wiedzy o nowoczesnych metodach terapii. Wyeliminowaniu tych przeszkód pomoże zwiększenie liczby profesjonalnie przygotowanych terapeutów oraz udoskonalenie programów kształcenia, zwiększenie liczby certyfikowanych specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii, zwiększenie jakości i dostępności usług terapeutycznych dla osób uzależnionych, współuzależnionych i członków rodzin, zwiększenie wiedzy o formach profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej dla osób chorych i ich bliskich i rodzin.

Nowocześnie zorganizowana opieka psychiatryczna powinna być elementem regionalnego systemu ochrony zdrowia psychicznego, dlatego planuje się, że na bazie istniejących samodzielnych publicznych psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej, utworzone zostaną także tego typu placówki udzielające wszechstronnej, psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zakłada się utworzenie lub zwiększenie istniejących psychiatrycznych oddziałów całodobowych i dziennych, zgodnie z ogólną zasadą prezentowaną w NPOZP, dotyczącą minimalnej dostępności placówek

i wskaźników wyrażonych liczbą łóżek na 10 tys. mieszkańców (3 miejsca na oddziale dziennym i 4 łóżka szpitalne na oddziałach psychiatrycznych)*.

Głównym działaniem w ramach **CELU III** jest kształtowanie właściwych postaw społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie. Działanie to ma na celu ochronę praw osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki psychiatrycznej, rozwijanie i kształtowanie w społeczeństwie uczuć empatii, zrozumienia, akceptacji i tolerancji wobec osób dotkniętych tego rodzaju zaburzeniami psychicznymi. Przyjęta *ustawa o ochronie zdrowia psychicznego* jest aktem prawnym, który w ramach ogólnego systemu ochrony zdrowia przewiduje specjalne uregulowania w stosunku do osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo. Istotną kwestią jest konsekwentna edukacja społeczeństwa mająca na celu zmniejszenie stygmatyzacji i poziomu dyskryminacji społecznej osób z chorobami psychicznymi. Zmniejszenie stygmatyzacji jest jednym z wyzwań, stojących przed społeczeństwem. Przewiduje się również współpracę ze stowarzyszeniami pacjentów, ich opiekunów i rodzin oraz instytucjami wspierającymi prawa pacjentów, organizacjami prowadzącymi grupy wsparcia, jak również wszelkie działania prowadzone na rzecz osób z chorobami psychicznymi. Organizacje te są niezmiernie ważnym partnerem w opiece nad osobami chorymi psychicznie, a działania podejmowane wspólnie są niezbędne do wzrostu świadomości społecznej. Poddjęmowane w ramach Celu działania przyczynią się do podmiotowości osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania praw pacjentów, wspierania ich rodzin oraz poprawy jakości życia. Celem ich realizacji jest zmniejszenie wykluczenia społecznego i dyskryminacji, ograniczenie liczby osób izolowanych społecznie lub naznaczonych z powodu choroby psychicznej, zwiększenie wsparcia społecznego i wzmocnienia więzi w społeczności. Do realizacji Celu przyczyniać się będzie współdziałanie z jednostkami zajmującymi się integracją społeczną oraz z innymi sektorami, celem opracowania linii postępowania oraz programów chroniących przed dyskryminacją i wykluczeniem społecznym osób zagrożonych. Osiąganiu Celu posłuży również wdrażanie programów rozwoju społeczności lokalnych w obszarach wysokiego ryzyka, wsparcie organizacji pozarządowych reprezentujących grupy osób zagrożonych ryzykiem chorób psychicznych, (działalność ich nastawiona jest na wzmacnianie więzi społecznych), wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, ich rodzin i opiekunów, jak również wsparcie programów nastawionych na zmniejszanie stygmatyzacji i wykluczenia społecznego. Wdrożenie programów informacyjnych i edukacyjnych przyczyni się do zwiększenia powszechnej wiedzy o przyczynach, rozpowszechnieniu, objawach, przebiegu, następstwach

*/ Struktura CZP, cele, zadania oraz warunki organizacyjne przedstawia Załącznik 3 „Model Centrum Zdrowia Psychicznego”.

i możliwościach leczenia zaburzeń psychicznych. Opracowanie i wdrożenie polityki programowej wpłynie na zmniejszenie stygmatyzacji, dyskryminacji i marginalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania, spowoduje zwiększenie dostępu do mieszkań, pracy, życia publicznego i społecznego, umożliwiając tym samym ludziom chorym psychicznie pełne uczestnictwo, we wszystkich aspektach życia społeczności. W ramach Celu prowadzone będą także działania profilaktyczne zapobiegające stygmatyzacji chorych psychicznie, adresowane do pracodawców, szkół i środków masowego przekazu po to, aby zlikwidować stereotypy kulturowe i błędne wyobrażenia o chorobie psychicznej. Istotnym aspektem działań o charakterze instytucjonalnym, z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, stanowiącym nieodzowne uzupełnienie systemu opieki zdrowotnej nad osobami z problemami zdrowia psychicznego, jest realizowanie przedsięwzięć mających na celu budowanie w społeczeństwie odpowiedniego nastawienia wobec osób dotkniętych problemami zdrowia psychicznego. Brak powszechnego, społecznego zrozumienia i życzliwości wobec osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, deficyt tolerancji prowadzący do dyskryminacji, stają się przeszkodą do w pełni samodzielnego funkcjonowania i aktywności życiowej tych osób, a tym samym powrotu ich do zdrowia.

Działania realizowane w ramach **CELU IV** przyczynią się do promocji oraz rozwoju współpracy z regionami partnerskimi w zakresie zdrowia psychicznego. Budowa sieci współpracy polegać będzie na wykorzystaniu na terenie województwa śląskiego doświadczeń regionów partnerskich i wymianie dobrych praktyk w zakresie rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacji europejskich standardów opieki psychiatrycznej, jak również promocji i rozwijaniu współpracy z wybranymi regionami. Współpraca międzynarodowa skupiać się będzie w szczególności na realizacji porozumień regionalnych, dotyczyć będzie uczestnictwa w pracach organizacji międzynarodowych, projektach oraz współpracy z instytucjami regionów partnerskich. Powinna polegać na propagowaniu, konsultowaniu, wykorzystywaniu wiedzy i doświadczeń oraz modelowych rozwiązań z zakresu opieki psychiatrycznej tych regionów. Współpraca realizowana będzie przez podmioty różnych sfer (m.in. organizacje samorządowe, organizacje pożytku publicznego, sektor publiczny i prywatny), zaangażowane wspólną pracą dla promocji zdrowia psychicznego. Do działań zaliczyć trzeba wzmocnienie partnerskiej współpracy na rzecz zdrowia psychicznego i rozwoju społecznego (tj. współpraca miast, szkół, zakładów pracy, zakładów opieki zdrowotnej, uczelni medycznych), aktywne współdziałanie z wszystkimi podmiotami działającymi w obszarze zdrowia psychicznego, celem zidentyfikowania i uwzględnienia wzajemnych korzyści wynikających z inwestowania w zdrowie psychiczne, budowania sojuszy i partnerstwa dla zdrowia psychicznego. Wdrożenie działań przyczyni się do wzmocnienia solidarności międzynarodowej na

rzecz rozwoju zdrowia psychicznego oraz poprawę zdrowia psychicznego ludności regionu, w tym samym również, rozwoju społecznego. Ważne jest również, aby czerpiąc z doświadczeń innych państw, nie podejmować pochopnych działań oraz pamiętać, że wprowadzane zmiany mają wpływ na konkretnych ludzi i ich rodziny, na osoby, które z racji wyjątkowości swojej choroby, są bardziej narażone na wykluczenie społeczne i dyskryminację.

Realizacja wszystkich zaplanowanych w ramach celów szczegółowych działań, w znaczący sposób przyczyni się osiągnięcia założonych w Programie celów głównych. Podjęte działania doprowadzą do osiągnięcia stawianych wyzwań i zamierzeń stojących przed wojewódzkimi władzami samorządowymi oraz przyczynią się do osiągnięcia nakreślonych celów, zgodnych z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Oczekiwane korzyści zdrowotne i społeczne jakie nastąpią dzięki wdrożeniu Programu to zmniejszenie występowania częstości zaburzeń psychosomatycznych i psychicznych (emocjonalnych, nerwicowych, problemów związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji uzależniających, również zmniejszenie liczby samobójstw). Korzyści pośrednie to poprawa kondycji psychicznej mieszkańców, wzrost gotowości i skuteczności współdziałania między jednostkami, w grupach i społecznościach lokalnych. Współpraca z regionami partnerskimi przyczyni się do wdrożenia nowych rozwiązań stosowanych w innych krajach Wspólnoty.

Rozdział IV

Wdrażanie Programu



Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015

1. Zarządzanie Programem

Koordynatorem realizacji *Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015* jest Zarząd Województwa Śląskiego. Do koordynacji Programu powołuje się Wojewódzki Zespół Koordynujący (Wojewódzką Radę Zdrowia Psychicznego), w skład którego wchodzi przedstawiciele: samorządu województwa (Urzędu Marszałkowskiego), ROPS, WUP, samorządów lokalnych (powiatów, gmin), oddziału wojewódzkiego NFZ, wojewody, organizacji pozarządowych, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, a także eksperci i konsultanci województwa z dziedziny psychiatrii (koordynująca rola w realizacji Programu wymaga ścisłej współpracy Konsultanta Wojewódzkiego ds. psychiatrii oraz Konsultanta Wojewódzkiego ds. psychiatrii dzieci i młodzieży). Zadaniem Zespołu jest realizacja, koordynowanie, monitorowanie oraz ocena postępów realizacji zadań Programu. Nadzór nad realizacją Programu, w imieniu Zarządu Województwa Śląskiego, sprawuje Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego.

2. Monitoring Programu

Przedmiotem monitorowania będą wybrane wskaźniki oceny efektów i korzyści realizacji, każdego z celów szczegółowych Programu. Wynikiem monitoringu będzie coroczna informacja prezentująca postępy wdrażania Programu. Raport powstanie w oparciu o dane zawarte w raportach częściowych oraz dane pochodzące ze statystyki ogólnej. Monitoring polegać będzie na systematycznym obserwowaniu zmian zachodzących w ramach poszczególnych celów wyznaczonych w Programie. W procesie monitoringu stosowane będą następujące elementy: zbieranie informacji i danych, analiza danych, ocena porównawcza osiągniętych wyników z założeniami oraz ocena rozbieżności pomiędzy założeniami Programu a rezultatami. Odpowiedzialnymi za raportowanie będą wszystkie podmioty zaangażowane w realizację Programu. Raport monitoringowy sporządzany jest przez Wojewódzki Zespół Koordynujący w okresach rocznych, w terminie do końca marca roku następującego po okresie będącym przedmiotem monitorowania. Okresem monitorowania jest rok kalendarzowy. Raporty częściowe sporządzane przez podmioty zaangażowane w Program, przekazywane są do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej w terminie, do końca lutego roku następującego po okresie monitorowania. W terminie tym wszystkie jednostki zaangażowane we wdrażanie Programu zobowiązane są do przedstawienia (złożenia) swoich raportów częściowych. Monitoring posłuży sprawdzeniu czy Program realizuje założone działania, w zakresie dóbr i usług jakie miały zaistnieć w ich efekcie. Raporty monitoringowe podlegają zatwierdzeniu przez Zarząd Województwa Śląskiego.

3. Wskaźniki realizacji Programu

CEL GŁÓWNY I

Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy 1 <i>Upowszechnienie na obszarze województwa śląskiego wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu</i>			
	Działania	Wskaźniki produktu	Wskaźniki rezultatu
1.	Opracowanie regionalnego/ lokalnego programu promocji zdrowia psychicznego	Opracowany regionalny/lokalny program promocji zdrowia psychicznego	Odsetek populacji biorącej udział w programie w podziale na płeć/rok
2.	Prowadzenie kampanii medialnej promującej zdrowie psychiczne- tworzenie sieci informacji o zdrowiu (e-zdrowie)	Utworzona sieć informacji o zdrowiu	Liczba podmiotów włączona do sieci informacji o zdrowiu
		Utworzenie elektronicznego poradnika zdrowia, w ramach programów profilaktyki zdrowotnej	Wzrost liczby udostępnionych publikacji nt zdrowia i programów profilaktyki zdrowotnej
		Liczba zrealizowanych kampanii informacyjno-edukacyjnych promujących zdrowie psychiczne	Liczba uczestników kampanii informacyjno-edukacyjnych promujących zdrowie psychiczne
			Odsetek populacji biorącej udział w kampanii, szkoleniach w podziale na płeć/rok
		Liczba zrealizowanych szkoleń	Odsetek populacji zwiększającej swoją wiedzę nt zdrowia psychicznego w podziale na płeć/rok
3.	Udostępnienie informacji dot. zdrowia psychicznego na oficjalnej stronie internetowej Województwa Śląskiego	Uruchomiona strona internetowa dot. zdrowia psychicznego	Odsetek populacji korzystającej z utworzonej strony internetowej/rok
		Liczba udostępnionych publikacji promocyjno-informacyjnych	Odsetek populacji zwiększającej swoją wiedzę nt zdrowia psychicznego w podziale na płeć/rok
4.	Promocja zdrowia psychicznego w szkołach	Liczba przeprowadzonych szkoleń dla pedagogów i psychologów szkolnych	Odsetek pedagogów i psychologów szkolnych uczestniczących w szkoleniach w podziale na płeć/rok

		Opracowany lokalny/powiatowy program zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i środowisku lokalnym	Odsetek populacji, biorącej udział w programie /rok
		Liczba opracowanych specjalistycznych programów opieki psychiatrycznej i promocji zdrowia psychicznego (program zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród dzieci i młodzieży, program zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży)	Odsetek populacji, do której kierowany jest program, objętej programem/rok
5.	Organizacja konferencji/warsztatów/spotkań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego	Liczba zorganizowanych konferencji/warsztatów/spotkań nt zdrowia psychicznego	Odsetek populacji biorącej udział w konferencjach/warsztatach/spotkaniach nt zdrowia psychicznego w podziale na płeć/rok
Cel szczegółowy 2 <i>Przeciwdziałanie nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi</i>			
	Działania	Wskaźniki produktu	Wskaźniki rezultatu
1.	Opracowanie i realizacja programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi	Opracowany regionalny/ lokalny program informacyjno-edukacyjny sprzyjający postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałający dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi/ program promowania społecznej integracji	Odsetek populacji biorącej udział w programie w podziale na płeć/rok
		Liczba projektów/ przeprowadzonych kampanii informacyjnych, konferencji, spotkań, warsztatów dot. poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego	Odsetek placówek szkolnych/ pozaszkolnych/zakładów pracy biorących udział w programie
		Liczba wydanych publikacji/ przewodników nt dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie, szkole i środowisku lokalnym	Odsetek populacji korzystającej z publikacji/przewodników nt dostępnej pomocy dla ofiar przemocy rodzinie, szkole i środowisku lokalnym
2.	Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego	Liczba osób, które skorzystały ze wsparcia ośrodków interwencji kryzysowej (OIK)	Wzrost liczby osób, które skorzystały ze wsparcia OIK (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia RM z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2010 r. Nr 24, poz. 128).

CEL GŁÓWNY II

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

Cel szczegółowy 1 <i>Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej - wdrożenie modelu środowiskowej, zintegrowanej opieki psychiatrycznej</i>			
	Działania	Wskaźniki produktu	Wskaźniki rezultatu
1.	Rozwinięcie i uzupełnienie sieci poradni zdrowia psychicznego i uzależnień zapewniających opiekę dorosłym, dzieciom i młodzieży	Liczba nowych poradni zdrowia psychicznego i uzależnień dla osób dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży	Zwiększenie dostępności do zróżnicowanych form opieki zdrowotnej (liczba udzielonych porad na 10 tys. ludności)
2.	Zwiększenie liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, oddziałów dziennych, zespołów opieki środowiskowej oraz zwiększanie jakości somatycznej opieki zdrowotnej na oddziałach psychiatrycznych poprzez zatrudnienie w nich obok psychiatrów, lekarzy chorób wewnętrznych	Liczba nowo powstałych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych/ liczba łóżek w oddziałach	Zwiększenie dostępności do opieki psychiatrycznej (liczba łóżek i miejsc w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności)
		Liczba zatrudnionych psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, lekarzy chorób wewnętrznych w nowo powstałych oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych	Zwiększanie jakości opieki zdrowotnej na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych (odsetek zatrudnionej kadry medycznej: lekarzy: psychiatrów i lekarzy chorób wewnętrznych, pielęgniarek, terapeutów, psychologów w powstałych oddziałach)
		Liczba nowo powstałych oddziałów dziennych psychiatrycznych/ liczba miejsc dziennych z zakresu opieki psychiatrycznej	Zwiększenie dostępności do dziennej opieki psychiatrycznej (liczba łóżek i miejsc w oddziałach dziennych na 10 tys. ludności)
		Liczba realizowanych programów terapeutycznych	Liczba osób, które uczestniczyły w programach terapeutycznych
			Wzrost liczby osób, które skorzystały z programów terapeutycznych (%)
		Liczba przeprowadzonych szkoleń dla kadr, niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej	Odsetek kadr objętych szkoleniem/w podziale na płeć/rok

			Zwiększenie kompetencji kadr w instytucjach środowiskowej opieki psychiatrycznej (w podziale na płeć/rok)
		Opracowany plan stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne oraz opiekuńczo - lecznicze), z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych	Odsetek placówek biorących udział w programie
		Liczba przekształconych szpitali psychiatrycznych w wyspecjalizowane placówki zapewniające profilowane usługi zdrowotne (rehabilitacyjne, opiekuńczo-lecznicze)	Odsetek przekształconych jednostek realizujących program
			Odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych
Cel szczegółowy 2 <i>Wsparcie środowisk medycznych poprzez upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.</i>			
	Działania	Wskaźniki produktu	Wskaźniki rezultatu
1.	Utworzenie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) na terenie województwa śląskiego	Opracowany wojewódzki/powiatowy/ lokalny program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia CZP	Odsetek placówek biorących udział w programie
		Liczba utworzonych CZP dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży	Odsetek powiatów w uzgodnionej sieci CZP
			Odsetek placówek biorących udział w programie
			Odsetek osób objętych opieką centrum (w stosunku do ogółu ludności oraz w stosunku do ogółu osób leczonych psychicznie)

			Wzrost zatrudnienia specjalistycznej kadry z zakresu opieki psychiatrycznej (odsetek zatrudnionych osób)
		Liczba nowych poradni z zakresu opieki psychiatrycznej	Zwiększenie dostępności do nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży (liczba placówek na 10 tys. ludności)
		Liczba nowych oddziałów i łóżek z zakresu opieki psychiatrycznej	Zmniejszenie obciążenia miejsc na oddziałach dziennych opieki psychiatrycznej (liczba łóżek w oddziałach na 10 tys. ludności, liczba osób na 1 łóżko w oddziale)
		Liczba nowych oddziałów psychiatrycznych dla dzieci	Zmniejszenie obciążenia miejsc na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci (liczba dzieci na 1 łóżko w oddziale)
		Liczba nowych miejsc na oddziałach dziennych z zakresu opieki psychiatrycznej	Zmniejszenie nierówności w dostępie do zróżnicowanych form opieki zdrowotnej (liczba miejsc na 10 tys. ludności)
		Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych	Poprawa jakości udzielonych świadczeń zdrowotnych (zmniejszenie czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty)
			Odsetek osób leczonych na poszczególnych poziomach opieki psychiatrycznej w podziale na płeć/rok
			Odsetek osób korzystających z poszczególnych form pomocy i oparcia społecznego w podziale na płeć/rok
		Liczba dostosowanych placówek psychiatrycznych do środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej	Odsetek dostosowanych placówek do środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej

2	Rozwój sieci instytucji pomocy i integracji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz instytucji rehabilitacji zawodowej i społecznej	Opracowany lokalny program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej	Wzrost liczby osób korzystających z poszczególnych form pomocy i oparcia społecznego/rok: ŚDS, OIK, DPS, RDPS, MCH, Hosteli, WTZ, KIS, CIS, KIS i ZAZ (%)”
		Liczba środowiskowych domów samopomocy (ŚDS) dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby ŚDS (%)
		Liczba miejsc w ŚDS dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby miejsc w ŚDS (%)
		Liczba ośrodków interwencji kryzysowej (OIK) dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby OIK (%)
		Liczba miejsc w OIK dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby miejsc w OIK (%)
		Liczba domów pomocy społecznej (DPS) dla osób przewlekle chorych psychicznie, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	Wzrost liczby DPS (%)
		Liczba miejsc w domach pomocy społecznej (DPS) dla osób przewlekle chorych psychicznie, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	Wzrost liczby miejsc w DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (%)
		Liczba osób oczekujących na umieszczenie w DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	
		Liczba rodzinnych domów pomocy społecznej (RDPS) dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby RDPS (%)

	Liczba miejsc w RDPS dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby miejsc w RDPS dla osób z zaburzeniami psychicznymi (%)
	Liczba mieszkań chronionych (MCH) dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby MCH dla osób z zaburzeniami psychicznymi (%)
	Liczba miejsc w MCH dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby miejsc w MCH dla osób z zaburzeniami psychicznymi (%)
	Liczba hosteli dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby hosteli dla osób z zaburzeniami psychicznymi (%)
	Liczba miejsc w hostelach dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby miejsc w hostelach dla osób z zaburzeniami psychicznymi (%)
	Liczba miejsc w warsztatach terapii zajęciowej (WTZ) dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby miejsc w WTZ dla osób z zaburzeniami psychicznymi (%)
	Liczba centrów integracji społecznej (CIS).	Wzrost liczby CIS (%)
	Liczba miejsc w CIS dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby miejsc w CIS dla osób z zaburzeniami psychicznymi (%)
	Liczba klubów integracji społecznej (KIS)	Wzrost liczby KIS (%)
	Liczba miejsc w KIS dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby miejsc w KIS dla osób z zaburzeniami psychicznymi (%)
	Liczba zakładów aktywności zawodowej (ZAZ) dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby ZAZ (%)
	Liczba miejsc w ZAZ dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby miejsc w ZAZ dla osób z zaburzeniami psychicznymi (%)
	Liczba zakładów Pracy Chronionej (ZPCH)	Wzrost liczby ZPCH (%)
	Liczba miejsc w ZPCH dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wzrost liczby miejsc w ZPCH dla osób z zaburzeniami psychicznymi (%)

		Liczba zatrudnionych psychologów klinicznych, pielęgniarek, pracowników socjalnych, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, specjalistów, instruktorów terapii/psychoterapii uzależnień	Wzrost liczby zatrudnionych psychologów klinicznych, pielęgniarek, pracowników socjalnych, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, specjalistów, instruktorów terapii/psychoterapii uzależnień kadry (%)
		Liczba osób, które skorzystały ze wsparcia powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR)	Wzrost liczby osób korzystających ze wsparcia PCPR (%)/rok)
3.	Współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Liczba zrealizowanych przez organizacje pozarządowe projektów	Odsetek wydatków przeznaczonych na pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi (w ogólnych wydatkach)
			Liczba osób korzystających z poszczególnych form pomocy w podziale na płeć/rok
		Wysokość środków przekazanych organizacjom pozarządowym z budżetu województwa na realizację projektów	Odsetek dofinansowanych przez samorząd wojewódzki organizacji /projektów/rok
Cel szczegółowy 3 Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi			
	Działania	Wskaźniki produktu	Wskaźniki rezultatu
1.	Zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Opracowany wojewódzki/powiatowy/lokalny program rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	Liczba placówek, przedsiębiorstw i osób objętych programem/rok
		Liczba powstałych programów leczenia i rehabilitacji dających szanse na rozwój zawodowy osób chorych psychicznie (programy relaksacyjne, metody walki ze stresem, programy treningowe umiejętności społecznych)	Odsetek populacji uczestniczącej w powstałych programach leczenia i rehabilitacji zdrowia psychicznego w podziale na płeć/rok
		Liczba osób korzystających z różnych form działalności: ŚDS, MCH, ZPCH, WTZ, KIS, CIS i ZAZ.	Wzrost liczby osób korzystających z ŚDS, MCH, ZPCH, WTZ, KIS, CIS i ZAZ (%)
		Liczba udzielonych porad zawodowych	Odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi, korzystających z porad zawodowych w podziale na płeć/rok

		Liczba zorganizowanych szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi, uczestniczących w szkoleniach zawodowych w podziale na płeć/rok
		Liczba szkoleń dla personelu fachowego w zakresie pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego z przemocą, klęskami żywiołowymi	Odsetek przeszkolonego personelu w podziale na płeć/rok
2.	Prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnych adresowanych do pracodawców, promujących zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi	Ilość przeprowadzonych kampanii szkoleniowo-informacyjnych adresowanych do pracodawców promujących zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi	Odsetek zatrudnionych osób z zaburzeniami psychicznymi w zakładach pracy uczestniczących w kampaniach szkoleniowo-informacyjnych w podziale na płeć/rok
			Liczba pracodawców objętych oddziaływaniem kampanii szkoleniowo-informacyjnych/rok
			Liczba szkół objętych oddziaływaniem kampanii szkoleniowo-informacyjnych/rok
			Odsetek populacji, do której adresowane są kampanie szkoleniowo-informacyjnych/rok
		Liczba placówek, przedsiębiorstw biorących udział w programie	Liczba nowych miejsc pracy/elastycznych form pracy dla osób z zaburzeniami psychicznymi w placówkach/zakładach objętych projektem
			Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi podejmujących zatrudnienie na skutek działań PUP/rok.
			Odsetek osób pracujących z zaburzeniami psychicznymi
		Opracowany lokalny program ochrony zdrowia psychicznego	Odsetek populacji biorącej udział w programie w podziale na płeć/rok

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia RM z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2010 r. Nr 24, poz. 128).

CEL GŁÓWNY III

Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji, koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy 1 <i>Ochrona praw osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo korzystających ze świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez zakłady opieki psychiatrycznej</i>			
	Działania	Wskaźniki produktu	Wskaźniki rezultatu
1.	Kształtowanie właściwej postawy społeczeństwa wobec chorych psychicznie (zrozumienia, akceptacji, tolerancji)	Liczba projektów/ przeprowadzonych akcji informacyjno-edukacyjno-artystycznych zapobiegających stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dot. ochrony praw osób chorych psychicznie	Liczba osób objętych projektem promocyjno-edukacyjnym
			Odsetek populacji biorącej udział w zorganizowanych akcjach informacyjno-edukacyjno-artystycznych w podziale na płeć/rok
		Liczba udostępnionych w Internecie przewodników/ informatorów nt. form opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie śląskim	Wzrost liczby udostępnionych w Internecie przewodników/ informatorów nt. form opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz aktywizacji zawodowej dostępnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
		Liczba rozprowadzonych publikacji promocyjno-informacyjnych	Odsetek populacji zwiększającej swoją wiedzę nt. zdrowia psychicznego w podziale na płeć/rok
		Liczba przeprowadzonych szkoleń nt. zdrowia psychicznego i praw osób chorych	Odsetek populacji uczestniczącej w szkoleniach nt. zdrowia psychicznego w podziale na płeć/rok
			Odsetek populacji u której pogłębiona została wiedza nt. zdrowia psychicznego i praw osób chorych w podziale na płeć/rok

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia RM z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2010 r. Nr 24, poz. 128).

CEL GŁÓWNY IV

Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, w celu propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacji na terenie województwa, europejskich standardów opieki psychiatrycznej.

Cel szczegółowy 1 <i>Budowanie sieci współpracy z regionami partnerskimi województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychicznego</i>			
	Działania	Wskaźniki produktu	Wskaźniki rezultatu
1.	Wymiana dobrych praktyk w zakresie opieki psychiatrycznej	Liczba zorganizowanych konferencji nt opieki psychiatrycznej oraz wdrażania dobrych praktyk	Odsetek placówek opieki psychiatrycznej biorących udział w konferencjach dot. ochrony zdrowia psychicznego
			Liczba współpracujących ze sobą instytucji środowiskowych oraz podpisanych porozumień z regionami partnerskimi/instytucjami regionów partnerskich dot. współpracy w zakresie zdrowia psychicznego
2.	Promocja i rozwój współpracy z wykorzystaniem doświadczeń regionów w zakresie modelowych rozwiązań opieki psychiatrycznej	Liczba zorganizowanych wspólnych praktyk z zakresu opieki psychiatrycznej w regionach partnerskich	Liczba wdrożonych modelowych rozwiązań opieki psychiatrycznej
		Liczba lekarzy psychiatrów, psychologów, pielęgniarek biorących udział w praktykach zagranicznych	Odsetek lekarzy psychiatrów, psychologów, pielęgniarek zwiększających wiedzę nt rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej w podziale na płeć/rok

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia RM z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2010 r. Nr 24, poz. 128).

Sprawozdanie z wykonania zadań objętych harmonogramem realizacji Programu w roku poprzednim, przesyłane jest właściwemu ministrowi do spraw zdrowia w terminie do dnia 15 maja roku następującego po okresie monitorowania.

4. Ewaluacja (ocena) Programu

Za przeprowadzenie oceny Programu odpowiada Zarząd Województwa Śląskiego, zaś w jego imieniu Wojewódzki Zespół Koordynujący (Wojewódzka Rada Zdrowia Psychicznego). Ewaluacja dotyczyć będzie realizacji Programu oraz jego wpływu na zmiany zdrowia psychicznego i życia społecznego mieszkańców województwa. Polegać będzie na sprawdzeniu czy w wyniku realizacji projektów podejmowanych w ramach poszczególnych działań, osiągnięte zostały spodziewane rezultaty i czy przełożyły się one na realizację założonych Celów. Ocena zrealizowana zostanie na zakończenie Programu (nie później jednak niż 3 lata po zakończeniu okresu programowania), a celem jej będzie zbadanie długoplanowych efektów oddziaływania Programu i ich trwałość. Ewaluacja oceni skuteczność, efektywność, trafność i użyteczność Programu, oparta będzie na informacjach, które będą zbierane, interpretowane i tworzone specjalnie na potrzeby dokonania oceny. Zarząd Województwa przeprowadzi badanie ewaluacyjne we własnym zakresie bądź powoła do przeprowadzenia oceny ewaluatora zewnętrznego. Zakłada się, iż w celu zapewnienia obiektywności badania, ocena w ramach prac ewaluacyjnych zlecona zostanie niezależnym ewaluatorom zewnętrznym, wybranym w procedurze zgodnej z *Ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych*, zaś wyniki tej oceny udostępnione zostaną opinii publicznej.

5. Finansowanie Programu

5.1 Źródła środków finansowych.

Głównych źródeł finansowania zadań wynikających z niniejszego Programu upatruje się w:

- środkach finansowych pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia,
- środkach budżetowych jednostek samorządu terytorialnego,
- własnych środkach finansowych zakładów opieki zdrowotnej,
- środkach budżetu państwa,
- środkach pochodzących z PFRON,
- środkach pochodzących z Funduszy Europejskich (UE),
- podlegających zwrotowi kredytach i pożyczkach z instytucji finansowych (bankowych, leasingowych),
- pochodzących z partnerstwa publiczno-prywatnego.

Tabela 38

**Prognoza źródeł finansowania Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
na lata 2011-2015**

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 PCPR, dotacje inwestycyjne dla gmin, zmiany organizacyjne jednostek, tworzenie CZP, zwiększenie dostępności świadczeń, profilaktyka i promocja zdrowia (programy promocji i prewencji, w tym przeciwdziałanie uzależnieniom)
2.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Świadczenia zdrowotne, wydatki związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego (programy promocji i prewencji chorób)
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), programy bilateralne (Szwajcarsko - Polski Program Współpracy/Fundusz Szwajcarski), inne programy pomocowe (np. Bank Światowy)	Wybrane projekty dotyczące poprawy zdrowia psychicznego, projekty edukacyjne
6.	Instytucje finansowe (kredyty, pożyczki, leasing) WFOŚiGW	Wydatki inwestycyjne (modernizacja budynków i budowli, sprzęt i aparatura)
7.	Inne (prywatne, partnerstwo publiczno-prywatne)	Wydatki inwestycyjne (inwestycje i modernizacja budynków, sprzęt i aparatura) programy/projekty promocji zdrowia

Źródło: Opracowanie własne

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 oraz wydatki związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego, rozwojem i unowocześnieniem systemów informacji oraz wydatki inwestycyjne. Jednostki samorządu terytorialnego, jako organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej ponosić będą wydatki inwestycyjne 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 i meble. Do realizacji działań w ramach Programu zaangażowane zostaną poza ww. środki własne, środki finansowe pozostające w dyspozycji NFZ, środki PFRON, WFOŚiGW, a także środki pochodzące z Funduszy Europejskich (UE), środki dostępne na rynku kapitałowym oraz środki wynikające z partnerstwa publiczno-prywatnego. 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 dziedzinie opieki zdrowia psychicznego.

Wysokość wydatków przeznaczonych na realizację Programu możliwa będzie do określenia po zakończeniu procesu uzgodnień z podmiotami biorącymi udział w jego realizacji oraz po przekazaniu przez nich informacji o planowanych działaniach i związanych z nimi wydatkach. Ustalenie ostatniego kształtu i zakresu zadań realizowanych przez zaangażowane podmioty pozwoli określić wysokość wydatków niezbędnych (majątkowych i bieżących) do realizacji Programu. *(Szacunek środków finansowych na realizację Programu przedstawia Tabela 37 „Nakłady na realizację Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2011-2015”).*

Warunkiem niezbędnym do zabezpieczenia wykonywania zadań stawianych w Celach Programu (m.in. poprawy dostępności i jakości opieki psychiatrycznej, zapewnienia odpowiedniej liczebności oraz przygotowania fachowego pracowników zaangażowanych w realizację tych zadań), będzie przyjęcie założeń dot. rozwiązań organizacyjnych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Tabela 39

Nakłady na realizację Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015
(szacunek w mln PLN)

Lp.	Wyszczególnienie	Ogółem	Lata				
			2011	2012	2013	2014	2015
1.	Cel główny 1 Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.	20,0	1,0	5,0	5,0	5,0	4,0
2.	<i>Cel szczegółowy 1</i> <i>Upowszechnienie na obszarze województwa śląskiego wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.</i>	12,0	0,5	3,0	3,0	3,0	2,5
3.	<i>Cel szczegółowy 2</i> <i>Przeciwdziałanie nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi.</i>	8,0	0,5	2,0	2,0	2,0	1,5
4.	Cel główny 2 Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.	60,0	5,0	15,0	15,0	15,0	10,0
5.	<i>Cel szczegółowy 1</i> <i>Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej - wdrożenie modelu zintegrowanej, środowiskowej opieki psychiatrycznej.</i>	40,0	3,0	9,0	9,0	11,0	8,0

6.	<i>Cel szczegółowy 2 Wsparcie środowisk medycznych poprzez upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.</i>	10,0	1,0	3,0	3,0	2,0	1,0
7.	<i>Cel szczegółowy 3 Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.</i>	10,0	1,0	3,0	3,0	2,0	1,0
8.	Cel główny 3 Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji, koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego.	1,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
9.	<i>Cel szczegółowy 1 Ochrona praw osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo korzystających ze świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez zakłady opieki psychiatrycznej.</i>	1,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
10.	Cel główny 4 Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, w celu propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacja na terenie województwa, europejskich standardów opieki psychiatrycznej.	1,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
11.	<i>Cel szczegółowy 1 Budowanie sieci współpracy z regionami partnerskimi województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychicznego.</i>	1,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
12.	OGÓŁEM LATA 2011-2015	82,0	6,4	20,4	20,4	20,4	14,4

Założenia dotyczące organizacji opieki psychiatrycznej oraz zatrudnienia w jednostkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej województwa śląskiego do roku 2015.

Zakłada się, że podstawową jednostką, świadczącą usługi zdrowotne w opiece psychiatrycznej będzie Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP). Biorąc pod uwagę lokalne potrzeby województwa najlepszym rozwiązaniem będzie określenie wskaźnika dostępności do usług – 1 CZP do 100 tys. mieszkańców, co pozwoli również, na uwzględnienie zaleceń dot. zlokalizowania co najmniej jednej tego typu placówki w każdym powiecie regionu. Dla województwa śląskiego będzie to około 47 placówek, które powstałyby we wszystkich 36 powiatach, oraz dodatkowo po jednej w największych dziesięciu/jedenastu miastach województwa.

Podstawę rozważań dot. problematyki zasobów kadrowych oraz liczby łóżek w wybranych zakładach psychiatrycznej stacjonarnej opieki zdrowotnej, stanowią dane zawarte w *Załączniku 4 „Proponowane rozwiązania organizacyjne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej”* niniejszego dokumentu, w którym przedstawione są zakładane (wg Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego) wskaźniki oczekiwanego zatrudnienia w wybranych zawodach oraz dostępności do placówek, istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Tabela 40

**Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej
województwa śląskiego na przestrzeni lat 2007-2009 (osoba)**

Lp.	Wyszczególnienie		Ambulatoryjna						Stacjonarna						Ambulatoryjna i stacjonarna					
			Ogółem			Wskaźnik/ Osoba/100 tys. os.			Ogółem			Wskaźnik/ Osoba/100 tys. os.			Ogółem			Wskaźnik/ Osoba/100 tys. os.		
			2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
1.	Lekarze ogólni		524	476	466	11,3	10,2	10,0	252	247	278	5,4	5,3	6,0	776	723	744	16,7	15,6	16,0
	w tym	psychiatrzy ogółem	391	390	406	8,4	8,4	8,7	107	118	165	2,3	2,5	3,6	498	508	571	10,7	10,9	12,3
		psychiatrzy I stopnia	83	74	72	1,8	1,6	1,6	18	13	17	0,4	0,3	0,4	101	87	89	2,2	1,9	1,9
		psychiatrzy II stopnia	308	316	334	6,6	6,8	7,2	89	105	148	1,9	2,3	3,2	397	421	482	8,5	9,1	10,4
2.	Pielęgniarki		184	153	154	4,0	3,3	3,3	913	890	885	19,6	19,2	19,1	1 097	1 043	1 039	23,6	22,5	22,4
3.	Psycholodzy		407	410	388	8,7	8,8	8,4	115	117	127	2,5	2,5	2,7	522	527	515	11,2	11,3	11,1
4.	Specjaliści terapii uzależnień		101	103	104	2,2	2,2	2,2	89	90	110	1,9	1,9	2,4	190	193	214	4,1	4,2	4,6
5.	Instruktorzy terapii uzależnień		51	49	47	1,1	1,1	1,0	44	40	44	0,9	0,9	0,9	95	89	91	2,0	1,9	2,0
6.	Terapeuci zajęciowi		17	16	12	0,4	0,3	0,3	101	102	98	2,2	2,2	2,1	118	118	110	2,5	2,5	2,4
7.	Pracownicy socjalni		38	39	34	0,8	0,8	0,7	33	18	20	0,7	0,4	0,4	71	57	54	1,5	1,2	1,2
8.	Inni terapeuci		48	40	23	1,0	0,9	0,5	14	17	16	0,3	0,4	0,3	62	57	39	1,3	1,2	0,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Ocena stanu psychicznego populacji w regionie śląskim-wskaźniki hospitalizacji”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r.

Analiza sytuacji kadrowej jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej regionu wykazuje, że na przestrzeni lat 2007-2009 w jednostkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej województwa śląskiego nastąpił minimalny wzrost personelu działalności podstawowej. W poszczególnych grupach zawodowych poziom zatrudnienia kształtował się w sposób zróżnicowany. Wzrost zatrudnienia w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej dotyczył lekarzy psychiatrów, w tym w szczególności psychiatrów II stopnia specjalizacji oraz specjalistów terapii uzależnień. Znaczny spadek zatrudnienia zanotowano wśród średniego personelu medycznego (pielęgniarek) oraz lekarzy psychiatrów specjalistów I stopnia. Spadek zatrudnienia odnotowano również wśród psychologów, instruktorów terapii uzależnień i lekarzy ogólnych. Wśród tych grup zawodowych, spadek personelu opieki ambulatoryjnej nie został zrównoważony zanotowanym w tym okresie wzrostem personelu opieki stacjonarnej.

Tabela 41

Zalecane docelowe wskaźniki zatrudnienia w wybranych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie śląskim (osoba)

Lp.	Wyszczególnienie	Stan w 2009 r.		Stan oczekiwany w 2015 r.	
		(osoba)	Wskaźnik osoba/100 tys. mieszkańców	(osoba)	Wskaźnik osoba/100 tys. mieszkańców
1.	Psychiatrzy	744	16,0	465	10,0
2.	Pielęgniarki	1 039	22,4	1 623	35,0
3.	Terapeuci zajęciowi	110	2,4	367	8,0
4.	Pracownicy socjalni	54	1,2	450	10,0
5.	Specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień	305	6,6	231	5,0
6.	Psychologowie	515	11,1	441	9,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Ocena stanu psychicznego populacji w regionie śląskim-wskaźniki hospitalizacji”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2010 r. oraz zał. 2 „Zalecane rozwiązania w psychiatrycznej opiece zdrowotnej” do Rozporządzenia RM z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2010 r. Nr 24, poz. 128).

Zgodnie z zalecanymi rozwiązaniami organizacyjnymi w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, ujętymi w *Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania opieki psychiatrycznej, docelowo w województwie śląskim konieczne będzie zatrudnienie m.in.: około 584 pielęgniarek, 257 terapeutów zajęciowych (certyfikowanych psychoterapeutów posiadających certyfikat PTPsychologiczny lub PTPsychiatryczny) i 396 pracowników socjalnych. Wzrost

zatrudnienia personelu postępował będzie równolegle z powstawaniem nowych placówek oraz równomiernie do pojawiających się potrzeb.

Tabela 42

Zalecane wskaźniki liczby łóżek w wybranych zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej w województwie śląskim (łóżko)

Lp.	Wyszczególnienie		Stan w 2009 r.		Stan oczekiwany w 2015 r.
			Łóżka (szt.)	Łóżka/10 tys. mieszkańców	Łóżka/10 tys. mieszkańców
Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej w województwie śląskim					
1.	Oddziały psychiatryczne szpitalne ogółem		2 970	6,4	4,0
	w tym	w szpitalach psychiatrycznych	2 471	5,3	max 300 łózek w szpitalu
		w szpitalach ogólnych	499	1,1	4,0
2.	Ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego		264	0,6	0,2-0,3
3.	Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych		302	0,7	0,7
4.	Zakłady opiekuńczo-lecznicze		640	1,4	1-2
5.	Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze		30	0,1	1-2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009r.”, GUS, Warszawa 2010 oraz zał. 2 „Zalecane rozwiązania w psychiatrycznej opiece zdrowotnej” do Rozporządzenia RM z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2010 r. Nr 24, poz. 128), -/brak konkretnych zaleceń

Liczba łóżek w większości placówek psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego (za wyjątkiem ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych) przekracza poziom wskaźników zalecanych w NPOZP.

W 2009 r. w szpitalnych oddziałach psychiatrycznych województwa śląskiego znajdowało się ogółem 2 970 łóżek z tego: w szpitalach psychiatrycznych 2 471 łóżka, a na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych 499 łóżek. W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wskaźnik ten wynosił 6,4 łóżka i był wyższy od przewidywanego, ustanowionego na poziomie 4 łóżek/10 tys. mieszkańców. Liczba łóżek w ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego, w województwie śląskim, na koniec roku 2009 wynosiła 264 łóżka i dwukrotnie przewyższała

liczbę łóżek zalecanych w NPOZP. Dostateczną liczbę łóżek zanotowano również w zakładach opiekuńczo–lecniczych (640 łóżek), gdzie na 10 tys. mieszkańców przypadało 1,4 łóżka, a także ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych i wskaźniku wynoszącym 0,7 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Wskaźnik zgodny jest z zalecany poziomem wskaźników określonych w NPOZP, zakładających 1-2 łóżka na 10 tys. mieszkańców w tego typu placówkach. Niedostateczna liczba łóżek występuje w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, w których wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców kształtuje się na poziomie 0,1 łóżka, przy oczekiwanym 1-2 łóżka na 10 tys. mieszkańców, konieczne będzie zatem zwiększenie liczby łóżek w tego typu zakładach.

Z analizy powyższych danych wynika, iż w województwie śląskim stan liczby łóżek w oddziałach szpitali psychiatrycznych jest wyższy od wskaźników zalecanych w NPOZP (max 300 łóżek). Skutkować to powinno systematycznemu ich zmniejszaniu przy jednoczesnym zwiększaniu i tworzeniu oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (tzn. stopniowemu przekształcaniu dużych szpitali psychiatrycznych w centra aktywnego leczenia i rehabilitacji, a także rozwijaniu oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych) oraz rozwojem zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, w których stan łóżek dla województwa jest znacznie niższy od oczekiwanego. Z uwagi na fakt iż stan zdrowia społeczeństwa województwa śląskiego jest znacznie gorszy od przeciętnego w kraju, przyjąć należy, iż określony w NPOZP wskaźnik liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych na 10 tys. mieszkańców nie będzie obligatoryjny, ale dostosowany do występujących w regionie potrzeb. Odejście od dotychczasowego modelu opieki psychiatrycznej skutkować powinno zmniejszeniem nadmiaru liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych, wprowadzeniem usług psychiatrycznych do opieki podstawowej oraz oddziałów w szpitalach ogólnych, a także rozwojem form środowiskowych (alternatywne instytucje środowiskowe) z profesjonalnym personelem różnych profesji, przystosowanych do pracy z osobami dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi. Do powstania takiego programu leczenia potrzebne jest zbudowanie całego systemu współpracujących ze sobą instytucji środowiskowych, łatwo dostępnych i otwartych na wszystkich pacjentów. Podstawowym warunkiem takiego „środowiskowego” programu rehabilitacji jest ścisła współpraca między oddziałami szpitalnymi i ośrodkami pozaszpitalnymi, aby w chwili opuszczania oddziału całodobowego, chory mógł otrzymać propozycję indywidualnie zaplanowanej i dostarczonej do jego aktualnych potrzeb opieki pozaszpitalnej. Zmiany modelu opieki psychiatrycznej powinny wpłynąć na jakość świadczonych usług oraz poprawę sytuacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi.

6. Promocja Programu

Program powstał ze względu na potrzeby zdrowotne i konieczność zorganizowania w regionie nowoczesnego, kompleksowego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Zadaniem Programu jest zapobieganie zagrożeniom zdrowia psychicznego (zaburzeniom psychicznym) oraz unowocześnienie leczenia psychiatrycznego, poprzez upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi, skoordynowanie różnych form opieki i pomocy). Aby w pełni zrealizować *Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015*, niezbędna jest odpowiednia promocja i rozpowszechnianie informacji na temat Programu wśród grup potencjalnych odbiorców, w szczególności realizatorów Programu, samorządów lokalnych, instytucji regionalnych i organizacji pozarządowych. Podjęte zostaną działania mające na celu zapoznanie tych podmiotów z celami, założeniami i sposobem realizacji Programu. Szczegółowe informacje na temat Programu udostępnione zostaną na utworzonej stronie internetowej, poświęconej *Śląskiemu Programowi Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015*. Uwzględniając różnorodność potrzeb społeczeństwa, zakłada się opracowanie materiałów informacyjnych, promujących Program (plakaty, foldery, poradniki, broszury), dostosowanych tematycznie do odpowiednich grup odbiorców. Dla realizatorów Programu zorganizowane zostaną konferencje i szkolenia celem omówienia wszystkich kwestii związanych z wdrażaniem i jego realizacją. Aby dotrzeć do jak najliczniejszej grupy odbiorców, prowadzona będzie również lokalna kampania medialna promująca Program (telewizja, prasa, radio). Wdrożenie Programu przyczyni się do zwiększenia dostępności leczenia, rozszerzenia działań związanych z promocją zachowań sprzyjających ochronie zdrowia psychicznego oraz do propagowania tolerancji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Program stanowić będzie skuteczny sposób wsparcia w procesie upowszechniania środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej i modernizacji psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej.

Podsumowanie

Transformacja ustrojowa w Polsce, wraz ze zmianami społeczno-ekonomicznymi, doprowadziła do wzrostu dotychczasowych zagrożeń zdrowotnych i pojawienia się nowych problemów społecznych takich jak ubóstwo, bezrobocie oraz marginalizacja osób mniej sprawnych. Corocznie zwiększa się liczba osób, potrzebujących wsparcia specjalistów zdrowia psychicznego. Jest to według ekspertów, ostatni moment na rozpoczęcie przekształceń systemu opieki psychiatrycznej, z funkcjonującego obecnie modelu instytucjonalnego w środowiskowy model opieki psychiatrycznej. Zmiana sposobu opieki psychiatrycznej wymaga dodatkowo stałego podnoszenia świadomości społecznej. W stosunku do osób chorych psychicznie obserwuje się w społeczeństwie zbyt niski poziom akceptacji, jedynie społeczna tolerancja i równe traktowanie osób chorych pozwoli na pełne wykorzystanie środowiskowego modelu opieki. Jej pozytywny wpływ na skuteczność działań terapeutycznych i rehabilitacyjnych znacząco skróci czas niezbędny do uzyskania najpełniejszego możliwego poziomu funkcjonowania osoby chorej.

W wyniku wdrożenia Programu nastąpi rozszerzenie działań związanych z promocją zachowań sprzyjających utrzymaniu zdrowia psychicznego, zwiększenie dostępności do leczenia oraz wzrost tolerancji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, umożliwi podjęcie aktywnych działań kierujących opiekę psychiatryczną w stronę rozwiązań europejskich i światowych.

Program opracowany został ze względu na potrzeby zdrowotne i konieczność zorganizowania nowoczesnego kompleksowego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Działania z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego oraz zwiększenie dostępności do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej przyczynią się do poprawy stanu zdrowotnego społeczeństwa, wpłyną również na zwiększenie efektywności i zminimalizowanie strat powstałych w wyniku nieobecności chorobowych pracowników. Kształtowanie w społeczeństwie postawy życzliwości, tolerancji dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz działania motywujące, skierowane do osób dotkniętych chorobą, pozwolą na ich większą aktywizację zawodową. Wpłynie to również na wzrost i restrukturyzację zatrudnienia oraz poprawę sytuacji osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych, zwiększając ich aktywność na rynku pracy i zmniejszanie ich zależności od pomocy ze środków publicznych. Działania mające na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi, ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w znacznym stopniu przyczynią się do poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa województwa.

Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 opracowany został celem dokonania zmian, jakie powinny zostać wdrożone w trakcie przekształcania systemu opieki psychiatrycznej w środowiskowy model opieki. Pamiętać jednak należy, że Program jest tylko etapem w ciągłym rozwoju profilaktyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych.

Źródło informacji:

1. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r., GUS Warszawa 2010.
2. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r., GUS Warszawa 2009.
3. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r., GUS Warszawa 2008.
4. Rocznik Statystyczny 2009, GUS Warszawa 2010.
5. Rocznik Statystyczny 2008, GUS Warszawa 2009.
6. Rocznik Statystyczny Województw 2009, GUS Warszawa 2010 r.
7. Rocznik Statystyczny Województw 2008, GUS Warszawa 2009 r.
8. Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego 2009, US Katowice 2010.
9. Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego 2008, US Katowice 2009.
10. „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej, Część I Lecznictwo psychiatryczne, Rocznik statystyczny 2009, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 2010.
11. „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej, Część I Lecznictwo psychiatryczne, Rocznik statystyczny 2008, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
12. Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej:
 - a) Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2009 roku. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2010 r.
 - b) „Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w 2008 roku. Raport o stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa śląskiego”, Katowice 2009 r.
 - c) „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2009 r.”, Katowice 2010 r.
 - d) „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2008 r.”, Katowice 2009 r.
 - e) „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2009 r. (wybrane dane)”, Katowice 2010 r.
 - f) „Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w 2008 r. (wybrane dane)”, Katowice 2009 r.
 - g) „Ocena stanu psychicznego populacji w regionie śląskim - wskaźniki hospitalizacji”, Katowice 2010 r.
 - h) „Ocena stanu psychicznego populacji w regionie śląskim - wskaźniki hospitalizacji”, Katowice 2009 r.
 - i) „Zdrowie dzieci i młodzieży w woj. śląskim w oparciu o dane z chorobowości hospitalizowanej”, Katowice 2010.
 - j) „Zdrowie dzieci i młodzieży w woj. śląskim w oparciu o dane z chorobowości hospitalizowanej”, Katowice 2009.

- k) „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej, Część I Lecznictwo psychiatryczne, Rocznik statystyczny 2008 i 2009, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009, 2010.
- l) Sprawozdanie MZ-15 - Roczne sprawozdanie z działalności jednostek leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych.
13. Strony internetowe:
- <http://www.mz.gov.pl>,
 - www.rejestrzoz.gov.pl,
 - www.doszpitala.pl,
 - zdrowie.wieszjak.pl/encyklopedia-zdrowia.html,
 - www.choroby.biz.pl/category/d,
 - www.prawapacjenta.eu/index.php?pId=194,
14. Encyklopedia zdrowia: http://linemed.pl/nhealth_guide/encyklopedia/id.
15. Encyklopedia psychologii: http://linemed.pl/nhealth_guide/encyklopedia/id.
16. Encyklopedia Powszechna PWN, opracowanie zbiorowe, wydawnictwo PWN, 2009.
17. Psychiatryczna opieka środowiskowa, Raport, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2008.
18. „W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej”, Graham Thornicroft, Michele Tansella , Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2020.
19. Akty prawne:
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. Nr 24 z 2010 r., poz. 128),
 - Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 231, z 2011 r. poz. 1375),
 - Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 35 z 1982 r., poz. 230, z późn. zm.),
 - Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179 z 2005 r. poz. 1485, z późn. zm.),
 - Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64 z 2004 r., poz. 593),
 - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 z 2011 r., poz. 654),
 - Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. Nr 122 z 2003 r., poz. 1143 z późn. zm.),

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123 z 1997 r., poz. 776, z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 z 2004 r., poz. 2135 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst ujednolicony Dz. U. Nr 96 z 2003 r., poz. 873),
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52 z 2009 r. poz. 417),
- Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015,
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urz. Ministerstwa Zdrowia Nr 4, z 2010 r., poz. 32),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, z 2009 r., poz. 1126),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140 z 2009 r., poz. 1146),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 101, z 2011 r., poz. 583),
- Zarządzenie Nr 65/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2007 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. Nr 242 z 2007 r., poz. 1776),
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz. U. Nr 63 z 2004 r., poz. 587),
- Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2001 r. pt. *„Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja”*,
- Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta dnia 20 listopada 1989 r. przez Zgromadzenie Ogólne ONZ (Dz. U. Nr 120 z 1991r., poz. 526),
- art. 152 (ex art. 129) Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską,

- Rezolucja Komitetu Wykonawczego WHO z dnia 17 stycznia 2002 r. „*Umocnienie zdrowia psychicznego*”,
- Deklaracja Ministrów Zdrowia Krajów Europejskich z 2005 r. pt. „Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy. Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005,
- *Zielona Księga* Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 14 października 2005 r. „Poprawa zdrowia psychicznego ludności - Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej,
- Europejski Pakt na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego UE,
- Polska Karta Praw Pacjenta, Europejska Karta Praw Pacjenta, Karta Praw Pacjenta na podstawie Deklaracji Praw Pacjenta WHO, Instytut Praw Pacjenta i Informacji Zdrowotnej <http://www.prawapacjenta.eu/index.php?pId=194>,
- Deklaracja Praw Pacjenta WHO, Instytut Praw Pacjenta i Informacji Zdrowotnej <http://www.prawapacjenta.eu/index.php?pId=194>,

Dokument opracowany został w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, przez zespół redakcyjny w składzie: Maria Dzierżęga, oraz Weronika Loska, we współpracy z: Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie Psychiatrii oraz Konsultantem Wojewódzkim ds. Psychiatrii Dzieci i Młodzieży.

Załącznik 1

Słownik pojęć i terminów

Alkoholizm (choroba alkoholowa) – psychiczne, fizyczne oraz społeczne uzależnienie od środka narkotycznego jakim jest alkohol. Charakteryzuje ją zespół objawów somatycznych (fizycznych), behawioralnych (dotyczących zachowania) oraz psychologicznych. Choroba nieuleczalna, jednak poddana leczeniu może zostać zatrzymana na każdym jej etapie rozwoju. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Światowej Organizacji Zdrowia rozpoznawanie choroby alkoholowej, definiuje się w wyniku ujawnienia występujących od roku, co najmniej trzech z wymienionych objawów m.in.: utrwalona, silna, trudna do opanowania potrzeba używania substancji, nieudane próby kontrolowania, ograniczania lub zaprzestania picia, zmiany tolerancji ilości wypijanego alkoholu, występowanie zespołu odstawienia i/lub przyjmowanie innych substancji likwidujących lub zmniejszających niepożądane objawy, picie alkoholu pomimo destrukcyjnych następstw jego nadużywania.

Całodobowa placówka opiekuńczo-wychowawcza dla dzieci i młodzieży - placówka zapewniająca całodobową, ciągłą lub okresową opiekę i wychowanie oraz zaspokajająca niezbędne potrzeby bytowe, rozwojowe, w tym emocjonalne, społeczne, a także zapewniające korzystanie z przysługujących, na podstawie odrębnych przepisów, świadczeń zdrowotnych i kształcenia.

Cel główny (strategiczny) - cel najwyższego rzędu określający stan jaki chcemy osiągnąć poprzez realizację celów szczegółowych. Cel który ma się przyczynić do realizacji programu, projektów, działań.

Cel szczegółowy – cel podporządkowany celowi głównemu (strategicznemu).

Centrum zdrowia psychicznego – jednostka organizacyjna udzielająca wszechstronnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej (diagnostyka, leczenie i rehabilitacja oraz orzecznictwo i konsultacje dla podstawowej opieki zdrowotnej).

Choroba afektywna dwubiegunowa - zwana chorobą maniakalno-depresyjną. Osoby cierpiące na zaburzenie afektywne dwubiegunowe doświadczają naprzemiennych epizodów skrajnych wahań nastroju: manii i depresji, które przedzielone są okresami dobrego normalnego funkcjonowania.

Choroba psychiczna – zaburzenie, które powoduje łagodne lub poważne zakłócenia myślenia, postrzegania, nastroju lub zachowania. Choroba utrudniająca człowiekowi normalne funkcjonowanie w społeczeństwie, ogranicza zdolność radzenia sobie

ze zwykłymi wymaganiami życia lub utrzymania właściwego kontaktu z rzeczywistością. Tradycyjnie dzieli się chorobę na chorobę psychiczną (czyli psychozy) oraz zaburzenia niepsychotyczne. Do chorób psychicznych zalicza się schizofrenię, manię, depresję, halucynozę alkoholową oraz majaczenie, do zaburzeń niepsychotycznych: należą nerwice, upośledzenia umysłowe, czy uzależnienia. Podstawą do wyodrębnienia tego rodzaju psychoz stały się głębokie zaburzenia w zakresie kontaktów chorego z otoczeniem, manifestujące się urojeniami omamami, zaburzeniami świadomości, emocji oraz nastroju.

Chorzy leczeni ogółem – liczba osób zarejestrowanych ogółem w zakładach opieki ambulatoryjnej w roku sprawozdawczym.

Chorzy leczeni po raz pierwszy – liczba osób zarejestrowanych po raz pierwszy w życiu w roku sprawozdawczym w zakładach opieki ambulatoryjnej.

Deinstytucjonalizacja - (dążenie do zreformowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej) - jej ideą jest ograniczenie roli tradycyjnych instytucji psychiatrycznych, takich jak szpitale i zastąpienie ich instytucjami ułatwiającymi integrację chorych ze społecznościami lokalnymi. Do instytucji takich zalicza się m.in. stowarzyszenia samopomocowe, instytucje edukacyjne.

Depresja – różnorodna grupa zaburzeń obejmująca objawy takie jak: przygnębienie, smutek, zniesienie lub zmniejszenie zdolności do odczuwania przyjemności, poczucie bezsilności, bezradności i beznadziejności, poczucie winy, spowolnienie ruchowe i psychiczne, częste myśli i zamiary samobójcze.

Detoksykacja (odtruwanie) - usuwanie z organizmu lub zubożnianie substancji trującej (np. alkoholu, narkotyku, czy nadmiernej dawki leku). W zależności od stanu pacjenta detoksykacja może być przeprowadzona w warunkach ambulatoryjnych lub w specjalistycznym oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Detoksykacja alkoholowa (detoks, odtrucie alkoholowe) to proces leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (występujące one u osób uzależnionych od alkoholu, po ciągach picia, zazwyczaj w kilka do kilkunastu godzin po ograniczeniu spożycia alkoholu).

Dom pomocy społecznej - placówka świadcząca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, przeznaczona dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie

funkcjonować w codziennym życiu. W zależności od przeznaczenia dzielą się na domy dla osób: w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, niepełnosprawnych fizycznie.

Działalność lecznicza - udzielanie świadczeń zdrowotnych, może również polegać na: promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. W ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom placówek opiekuńczo-wychowawczych, zlokalizowana na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Epizod afektywny mieszany – szybkie zmiany nastroju od depresji do manii, zmieniające się w ciągu godzin lub z dnia na dzień.

Hospicjum – zakład opieki zdrowotnej sprawujący wielodyscyplinarną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi, znajdującymi się w terminalnym okresie choroby (głównie z powodu choroby nowotworowej) oraz opiekę nad rodzinami chorych.

Hospitalizacja - całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym oraz nagłym, obejmujących proces diagnostyczno–terapeutyczny, trwający od chwili przyjęcia pacjenta na oddział szpitalny do momentu jego wypisu lub zgonu. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarczą w całym okresie leczenia. W zakresie koniecznym świadczeniodawca zapewnia nieodpłatnie badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze, a także w określonych przypadkach przejazd środkami transportu sanitarnego.

Hostel - forma pomocy dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej wymagającej tymczasowego pobytu poza dotychczasowym miejscem zamieszkania.

Interwencja kryzysowa – zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Jej celem jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej.

Izba Przyjęć - jednostka organizacyjna szpitala, pracująca w trybie ciągłym, składa się z rejestracji, gabinetu lekarskiego (jednego lub kilku w zależności

od potrzeb) i pokoju wywiadów. W Izbie Przyjęć wymagane jest wyposażenie pozwalające na podejmowanie czynności ratujących życie. Wyposażenie pomieszczeń Izby Przyjęć jest dostosowane do potrzeb związanych z rodzajem udzielanych świadczeń.

Kanabinole – grupa narkotyków wytwarzana z konopi indyjskich, zalicza się do niej: marihuanę, haszysz oraz olej haszyszowy. Używanie ich powoduje spadek aktywności psychomotorycznej, wyczerpanie zmysłów a także dysfunkcje koordynacji ruchowej.

Kofeina - środek pobudzający korę mózgową znoszący zmęczenie fizyczne i psychiczne. Kofeina występuje w kawie, herbacie, czekoladzie i niektórych napojach orzeźwiających. Ostre i przewlekle jej nadużywanie wraz z towarzyszącymi temu objawami toksycznymi, nazywa się kofeinizmem. Objawy te obejmują niepokój ruchowy, bezsenność, zaczerwienienie twarzy, skurcze mięśni, niemierność serca i tętna, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, gonitwę myśli i brak zorności w mówieniu, a w niektórych przypadkach zaostrzenie występujących już wcześniej stanów lękowych, napadów paniki, objawów depresji lub schizofrenii.

Kokaina - silna substancja psychoaktywna uzależniająca psychicznie. Należy do najsilniej działających leków pobudzających. Objawy psychiczne będące wynikiem użycia kokainy to nadmierna pewność siebie, brak lęku, silna euforia, halucynacje oraz pobudzenie psychoruchowe. Charakterystyczne dla osób uzależnionych od kokainy są zaburzenia osobowości, agresywne zachowania, omamy, depresje z próbami samobójczymi. W medycynie, stosowana jest w znikomym zakresie, służy wyłącznie do znieczuleń zewnątrznych w laryngologii i okulistyce.

Leczenie odwykowe - określenie terapii uzależnień, zwłaszcza alkoholizmu.

Leczenie odwykowe alkoholizmu - w przypadku uzależnienia od alkoholu może odbywać się w systemie stacjonarnym, dziennym lub ambulatoryjnym. W warunkach stacjonarnych przeprowadza się najczęściej detoksykację, a także w razie konieczności leczenie innych schorzeń, towarzyszących uzależnieniu od alkoholu. Po zakończeniu terapii w systemie stacjonarnym lub dziennym może być kontynuowane w warunkach ambulatoryjnych. Leczenie w placówkach dziennych i ambulatoryjnych polega również na realizacji programu psychoterapeutycznego.

Leczenie środowiskowe – porady, wizyty domowe lub środowiskowe, sesje psychoterapii, udzielane w środowisku zamieszkania, ujęte w kompleksowy program terapeutyczny, realizowane przez zespół leczenia środowiskowego lub domowego w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą i jego rodziną.

Leczenie uzależnień – proces terapeutyczny mający na celu reedukację i resocjalizację jednostki uzależnionej, w konsekwencji prowadzić ma do zaprzestania lub zmniejszenia częstotliwości przyjmowania substancji psychoaktywnych, redukcji szkód, powrotu do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie tych jednostek, które wykazywały na tym polu dysfunkcję. Stosowane zazwyczaj wobec osób mających problem ze szkodliwym, nałogowym nadużywaniem środków psychoaktywnych.

Lekarz – zawód medyczny, polegający na udzieleniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych w szczególności: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób, zapobieganie im, leczenie, rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia oraz nauczanie zawodu lekarza.

Leki uspokajające i nasenne – grupa leków wpływających na aktywność ośrodkowego układu nerwowego, oddziałujących na psychikę, sprawność umysłową, nastroj, usposobienie, stosunek do otoczenia. Stosuje się je przy hamowaniu nadmiernego pobudzenia człowieka, czy zmniejszeniu napięcia niepokoju, mogą powodować uzależnienie i zmiany osobowości.

Lotne rozpuszczalniki – substancje odurzające w formie ciekłej. Zalicza się do nich: benzynę, rozpuszczalniki do farb, kleje, lakiery.

Łóżka rzeczywiste – liczba łóżek znajdujących się na stałe w salach chorych (z pełnym wyposażeniem), zajętych przez pacjentów lub przygotowanych na ich przyjęcie. Do łóżek tych wlicza się łóżka czasowo niewykorzystane w wyniku remontu, trwającego krócej niż jeden rok, nie wlicza się natomiast łóżek, które są czasowo dostawione w okresach krótszych niż 1 rok, nie zalicza się natomiast miejsc w opiece domowej oraz oddziałach dziennych.

Mania - zaburzenie psychiczne z grupy zaburzeń afektywnych charakteryzujące się występowaniem podwyższonego bądź drażliwego nastroju.

Mieszkanie chronione - jedna z form pomocy społecznej przygotowująca (przy udziale specjalistów) osoby w nim przebywające do prowadzenia samodzielnego życia.

Monar – zintegrowany system przeciwdziałania narkomanii, bezdomności i zagrożeniom społecznym oraz niesienia szeroko rozumianej pomocy osobom pozostającym w trudnej sytuacji życiowej (samotnym, chorym na AIDS, skrzywdzonym przez los). Organizacja pozarządowa, działająca na terenie całej Polski. Stowarzyszenie oferuje osobom z problemem

narkotykowym pomoc specjalistyczną w zakresie konsultacji, poradnictwa, terapii indywidualnej i grupowej oraz detoksykację, pomoc ambulatoryjną oraz stacjonarną terapię i rehabilitację dla osób uzależnionych.

Narkotyk – potoczna nazwa niektórych substancji odurzających o depresyjnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy. Ze względu na poglądy społeczne, różnice kulturowe, stany prawne itp. brak jest jednoznacznej definicji. Narkotykami nazywa się więc substancje, których przyjmowanie powoduje po jakimś okresie używania uzależnienie fizyczne, są to m.in. opiaty i opioidy (np. morfina, heroina), kokaina, fentanyl, niektóre benzodiazepiny oraz wszystkie substancje psychotropowe, które aktualnie są nielegalne (tzw. policyjna definicja narkotyku, narkotyk z punktu widzenia obowiązującego prawa). W polskim prawodawstwie środkiem odurzającym jest substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy.

Niepelnosprawność intelektualna (obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego) – zaburzenie rozwojowe polegające na znacznym obniżeniu ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszy deficyt w zakresie zachowań adaptacyjnych (w szczególności niezależności i odpowiedzialności).

Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (nzo) - zakład utworzony i utrzymywany przez kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy, stowarzyszenie, inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia.

Nerwica (neuroza) - długotrwałe zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania. Obejmuje dużą i bardzo różnorodną grupę zaburzeń, u podłoża których często można odnaleźć świadome i nieświadome wewnętrzne konflikty emocjonalne. Podstawowym objawem długotrwałych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania jest lęk. Zaburzenia nerwicowe są najczęściej występującą grupą schorzeń o podłożu psychicznym.

Obłożenie łóżka – procentowe wykorzystanie łóżek szpitalnych w danym okresie (stosunek liczby dostępnych w ciągu roku łóżek do liczby hospitalizowanych na nich pacjentów pomnożony przez 100%).

Oddział leczenia odwykowego – w zespołach opieki zdrowotnej (zoz) i innych niepsychiatrycznych zoz (bez oddziałów odwykowych w szpitalach psychiatrycznych).

Oddział psychiatryczny - oddział psychiatryczny w zoz i innych niepsychiatrycznych zoz, kliniki psychiatryczne wchodzące w skład szpitali klinicznych

Akademii Medycznych (Bydgoszcz, Gdańsk, Katowice-Ochojec, Kraków, Łódź, Poznań, Tarnowskie Góry, Warszawa).

Oligofrenopedagogika – dział pedagogiki specjalnej zajmujący się nauczaniem i wychowaniem jednostek upośledzonych umysłowo, której zadaniem jest ustalenie takich metod i form rewalidacji (przywrócenie pełnej sprawności), które jednostce upośledzonej zapewniłyby optymalny, wszechstronny rozwój, przystosowanie do warunków społecznych, przygotowanie do zawodu, wspieranie autonomii.

Opiaty - narkotyki pochodzenia roślinnego, zalicza się do nich substancje otrzymywane z przetworów maku lekarskiego (opium, morfina, heroina) jak również syntetyczne środki przeciwbólowe (metadon - doustny, syntetyczny narkotyk). Mają szerokie zastosowanie kliniczne, gdzie wykorzystywane są głównie jako środki przeciwbólowe, należą również do środków o silnym działaniu uzależniającym. Przyjmowanie tych środków w wyższych dawkach prowadzi do osłupienia, śpiączki czy niewydolności oddechowej.

Opieka ambulatoryjna – wykonywanie usług zdrowotnych w przychodniach lub ośrodkach zdrowia dla osób, które nie potrzebują całonocnych lub całodziennych świadczeń medycznych, przede wszystkim są to ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza pierwszego kontaktu, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę oraz świadczenia pielęgniarstwa (powyższe świadczenia udzielane są na podstawie umów z NFZ).

Opieka długoterminowa – świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i leczniczych oraz pomocy i wsparcia dla osób przewlekle chorych bądź niepełnosprawnych (niezależnie od wieku), sprawowanych w domu, w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, w oddziałach dla przewlekle chorych lub domach opieki społecznej.

Opieka hospicyjna (paliatywna) - oznacza aktywną i wszechstronną opiekę nad osobami cierpiącymi na postępujące, przewlekle choroby o niekorzystnym rokowaniu.

Opioidy - środki narkotyczne o działaniu przeciwbólowym (kodeina, morfina, heroina), należą do jednych z najbardziej znanych substancji uzależniających.

Osobodni – łączna liczba dni pobytu leczonych w zakładzie, w ciągu okresu sprawozdawczego (liczba leczonych w zakładzie pomnożona przez średni pobyt chorego w dniach).

Ośrodek odwykowy - placówka prowadzona przez wykwalifikowaną kadrę lekarsko-pielęgniarsko-

terapeutyczną, która zajmuje się leczeniem osób uzależnionych od wszelkich substancji zmieniających świadomość człowieka. Chorzy leczeni są poprzez właściwą detoksykację, terapię grupową oraz indywidualną.

Ośrodek rehabilitacyjny - miejsce, w którym prowadzone jest leczenie i rehabilitacja.

Pielęgniarka - zawód medyczny, polegający na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również: nauczanie zawodu pielęgniarki, prowadzenie prac naukowo-badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa, kierowanie pracą zawodową pielęgniarek. Zawód pielęgniarki może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone przez okręgową radę pielęgniarek i położnych.

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Podmiot leczniczy - podmiotami leczniczymi są:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 i Nr 239, poz. 1593 oraz z 2011 r. Nr 85, poz. 459 i Nr 106, poz. 622) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw Nr 112—6788—Poz. 654,
- instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618),
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,

- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe, w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Pomoc społeczna – instytucja polityki społecznej, mająca na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Zadaniem pomocy społecznej jest podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia się rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem.

Porada – liczba przyjęć (wizyt) ogółem w zakładach opieki ambulatoryjnej.

Pośrednia opieka psychiatryczna – oddziały dzienne, oddziały opieki domowej, hostele i oddziały leczenia środowiskowego (hospitalizacja domowa).

Powiatowe centrum pomocy rodzinie - jednostka organizacyjna powiatu realizująca zadania z zakresu pomocy społecznej, polityki prorodzinnej oraz rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych.

Pracownik socjalny – osoba świadcząca pracę socjalną, rozumianą jako działalność profesjonalną, korzystającą z teorii i dorobku nauki, w tym teorii ludzkich zachowań i systemów społecznych. Do zadań pracownika socjalnego należy w szczególności:

- aktywizowanie i wspieranie osób, by o własnych siłach mogli wyzwolić się z ubóstwa i wykluczenia społecznego, a także integrację społeczną osób, grup społecznych, w tym rodzin,
- dążenie do zapewnienia wszystkim osobom tego wymagającym odpowiednich form wsparcia,
- profilaktyka problemów wynikających z wzajemnych ludzkich relacji i współudział w rozwiązywaniu tych problemów - dla osiągnięcia godnych warunków życia przez osoby uzyskujące wsparcie w formie pracy socjalnej.

Praktyka lekarska - realizowanie przez prywatne podmioty świadczeń zdrowotnych dla ogółu ludności, prowadzenie: indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej (po zarejestrowaniu praktyki lekarz może leczyć pacjentów w ramach środków publicznych lub niepublicznych) - działalność regulowana w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej.

Profilaktyka uzależnień – działalność zapobiegawcza obejmująca całą gamę różnorodnych, zdrowotnych i społecznych zagrożeń związanych z używaniem środków psychoaktywnych (nie chodzi w niej o działania związane z uzależnieniem, lecz o działania

skierowane na unikanie szkód społecznych i zdrowotnych).

Program zdrowotny – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w wyznaczonym terminie zrealizowanie określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawę stanu zdrowia określonej populacji.

Promocja zdrowia - działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

Przychodnia - może być zakładem opieki zdrowotnej lub jego częścią, udziela świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń.

Przyjęci – liczba przyjęć ogółem do któregośkolwiek zakładu opieki całodobowej w roku sprawozdawczym.

Przyjęci po raz pierwszy– liczba osób przyjętych po raz pierwszy w życiu do któregośkolwiek zakładu opieki całodobowej w roku sprawozdawczym.

Psychiatra - lekarz specjalista zajmujący się diagnozowaniem i leczeniem chorób psychicznych, nerwic i zaburzeń osobowości metodami farmakologicznymi i terapeutycznymi.

Psychiatria – subdyscyplina medycyny zajmująca się badaniem, zapobieganiem i leczeniem zaburzeń psychicznych, których podłożem jest biochemiczne zaburzenie funkcjonowania mózgu jako całości. Bada ich uwarunkowania biologiczne, psychologiczne, rodzinno–genetyczne, społeczne oraz sposoby powstawania i skutecznego zapobiegania.

Psychologia - nauka zajmująca się badaniem mechanizmów i praw rządzących zjawiskami psychicznymi oraz zachowaniami człowieka. Bada również wpływ zjawisk psychicznych na interakcje międzyludzkie oraz interakcję z otoczeniem.

Psycholog kliniczny - psycholog, posiadający specjalizację z psychologii klinicznej.

Psychologia kliniczna - dział psychologii stosowanej zajmujący się profilaktyką, diagnostyką i terapią zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, czyli zaburzeniami w regulacji stosunków człowieka z jego otoczeniem. Szczególnie interesuje się zdrowiem psychicznym, jego normą i patologią (psychopatologią), stresem i sytuacjami kryzysowymi, które nie mieszczą się w obszarze klasycznie rozumianej psychopatologii, jak również sposobami

wykorzystania wiedzy psychologicznej do usprawnienia przebiegu leczenia, poradnictwa i pomocy osobom zdrowym i chorym (psychoterapia, interwencja kryzysowa, rehabilitacja, psychoedukacja tj. pomocy psychologicznej). W sferze stosowanej (praktycznej) jest to wykonywanie zawodu psychologa w służbie zdrowia. Wyróżnia się następujące działy psychologii klinicznej (każdy z nich stanowi odrębną specjalizację zawodową):

- psychologia kliniczna dzieci i młodzieży,
- psychologia kliniczna człowieka dorosłego w psychiatrycznej służbie zdrowia,
- psychologia kliniczna człowieka dorosłego w niepsychiatrycznej służbie zdrowia,
- psychologia kliniczna człowieka dorosłego w neurologicznej służbie zdrowia (neuropsychologia).

Psychoterapeuta - psycholog, który odbył szkolenie w zakresie prowadzenia psychoterapii.

Psychoterapia - zbiór technik leczących lub pomagających leczyć rozmaite schorzenia i problemy natury psychologicznej, wspólną cechą wszystkich tych technik jest kontakt międzyludzki. W odróżnieniu od leczenia medycznego jest metodą z wyboru w leczeniu zaburzeń nerwicowych (obecnie klasyfikowanych jako zaburzenia lękowe) i zaburzeń osobowości. Cele psychoterapii ukierunkowane są zwykle na zmiany zachowań i postaw pacjenta, jak też na rozwój jego kompetencji emocjonalnych, np. na podniesienie poziomu samokontroli, radzenie sobie z lękami oraz stresem, podniesienie samooceny, poprawę zdolności tworzenia więzi, współpracy i komunikowania się z otoczeniem, czy też na poprawę własnej motywacji do działania.

Psychoterapia behawioralna – metoda leczenia skupiająca się wyłącznie na zachowaniu człowieka, jako jego naturalnej reakcji na wpływy otoczenia.

Psychoterapia grupowa – metoda leczenia polegająca na prowadzeniu zajęć terapeutycznych w grupie, gdzie pacjent może uczyć się radzić sobie z problemami przez obserwację tego jak radzą sobie z nimi inni, doświadczać i dzielić się wsparciem. Jej głównym celem są indywidualne zmiany funkcjonowania jej członków.

Psychoterapia indywidualna – terapia oparta na bezpośrednim kontakcie terapeuty z pacjentem. Metoda leczenia poprzez dialog, wskazana w leczeniu osób, które cierpią z powodu trudności natury psychicznej (lęk, depresja, zaburzenia nastroju, nadmierne reakcje na stres), u których z powodu określonego funkcjonowania psychiki choruje ciało (zaburzenia odżywiania się, zaburzenia snu, choroby psychosomatyczne) oraz dla osób, których trudności przejawiają się w relacjach z ludźmi (problemy rodzinne, samotność, życiowe sytuacje kryzysowe).

Psychoza – choroba psychiczna przebiegająca z zaburzeniami myślenia, spostrzegania, woli, uczuć,

intelektu, powodująca zwykle trudności adaptacyjne i zaburzenia kontaktu. Istotą psychozy jest brak krytycyzmu wobec własnych, nieprawidłowych spostrzeżeń i osądów.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej - jednostka organizacyjna utworzona przez jeden z podmiotów: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Rehabilitacja – proces medyczno-społeczny, którego celem jest przywracanie osobie niepełnosprawnej utraconych funkcji w przebiegu choroby (sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, także zawodowej), wskutek schorzeń i urazów, przez stosowanie działań usprawniających i terapeutycznych.

Rehabilitacja medyczna - kompleksowe i zespołowe działanie na rzecz osoby niepełnosprawnej fizycznie lub psychicznie, mające na celu przywrócenie tej osobie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Rehabilitacja psychiatryczna – obejmuje wiele form oddziaływań psychoterapeutycznych odnoszących się do chorego, a także terapię i edukację rodziny, uzupełnione o różne działania środowiskowe. Celem rehabilitacji jest wyposażenie chorego z zaburzeniami psychicznymi w umiejętności fizyczne, intelektualne i emocjonalne potrzebne do życia, uczenia się i pracy w społeczności, przy możliwie najmniejszym wsparciu ze strony osób i instytucji zawodowo zajmujących się pomaganiem.

Rewalidacja – system wychowania, nauczania i terapii dzieci i młodzieży upośledzonej (dążenie do przywrócenia zdrowia osobnikom pozbawionym go w jednym lub wielu tych zakresach), długotrwała działalność terapeutyczno-pedagogiczna, której zadaniem jest: zapobieganie pogłębianiu się istniejącego już niedorozwoju lub powstawaniu innych dodatkowych upośledzeń.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego - pracownik Biura Praw Pacjenta utworzonego przy ministrze zdrowia, którego zadaniem jest ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.

Schizofrenia, choroba Bleulera (dawna nazwa **otępienie wczesne**) – zaburzenie psychiczne zaliczane do grupy psychoz endogennych, objawia się upośledzeniem postrzegania lub wyrażania rzeczywistości, najczęściej pod postacią omamów słuchowych, paranoidalnych lub dziwacznych urojeń albo zaburzeniami mowy i myślenia, co powoduje znaczącą dysfunkcję społeczną lub zawodową.

Najczęściej występująca choroba psychiczna spotykana u 1% populacji, o nieznanym etiologii (przyjmuje się uwarunkowania genetyczne, także rolę takich czynników jak organiczne uszkodzenie mózgu lub zakażenie wirusowe oraz znaczenie struktury rodziny, warunków wychowawczych, czynników środowiskowych). Uważana za reakcję na zbyt trudne warunki życiowe, zwłaszcza konflikty emocjonalne.

Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne — świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnienia od alkoholu, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.

Stawka kapitałowa - kwota określona przez NFZ, jaką lekarz otrzymuje na leczenie pacjenta.

Stres – w psychologii: stan ogólnej mobilizacji sił organizmu, jako odpowiedź na silny bodziec fizyczny lub psychiczny (stresor), w medycynie: stan przejawiający się swoistym zespołem składającym się z nieswoistych zmian wywołanych w całym układzie biologicznym człowieka przez czynnik stresujący.

Stygmatyzacja - publiczne potępienie jakiejś osoby lub grupy osób i odrzucanie ich w kontaktach społecznych. Proces naznaczania społecznego, polega na „przyklejaniu etykietki” osobie, w której rozpoznajemy przedstawiciela jakiejś charakterystycznej grupy i przypisywaniu jej cech, które pochodzą ze stereotypu, nie z wiedzy o danej osobie. Naznaczenie bywa przyczyną deprecjonowania jednostek i grup społecznych.

Substancje halucynogenne - cechą ich jest zdolność wywoływania zmian w percepcji zmysłowej, sposobie myślenia i przeżywania emocji bez jednoczesnego przytępienia umysłu. Wywołują one nasilone objawy psychotyczne – zmiany osobowości, nienaturalnie barwne widzenie, omamy wzrokowe i słuchowe, zaburzenia poczucia czasu i przestrzeni. Do substancji halucynogennych zalicza się m.in.: haszysz, LSD, grzyby halucynogenne.

Substancje pobudzające (stymulanty) – leki pobudzające centralny układ nerwowy. Stymulanty zdolne są do poprawy nastroju, działają pobudzająco, eliminują lub zmniejszają uczucie zmęczenia oraz zwiększają wydolność fizyczną. Ich wpływ na osiągnięte wyniki jest umiarkowany i występuje tylko przy zastosowaniu dużych dawek tych substancji.

Substancje psychoaktywne - substancje, które działając na ośrodkowy układ nerwowy wywierają wpływ na nastrój, procesy myślowe czy zachowanie. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób

i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ICD-10 opracowana przez WHO, obowiązująca w Polsce od roku 1996) substancje te dzieli się na: alkohol, opiaty, kanabinoide, leki uspokajające i nasenne, kokainę, inne substancje stymulujące (w tym kofeina), substancje halucynogenne, tytoń, lotne rozpuszczalniki.

Szpital – stacjonarny zakład opieki zdrowotnej utworzony w celu zapewnienia całodobowej lub całodziennego opieki zdrowotnej oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych, udzielanych osobom u których wystąpiły choroby, które nie mogą być leczone w warunkach domowych lub ambulatoryjnych. Zakład posiadający oddziały szpitalne, pion diagnostyczny, zabiegowo-leczniczy i rehabilitacyjny oraz zaplecze techniczno-gospodarcze.

Szpital psychiatryczny – miejsce psychiatrycznej terapii chorych, podobną funkcję pełni oddział psychiatryczny, będący oddziałem szpitala ogólnego.

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ – jeden z 16 oddziałów wojewódzkich NFZ, tworzonych zgodnie z podziałem terytorialnym państwa (art. 96 ust. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Średnia liczba łóżek – suma liczby łóżek wg stanu na koniec poszczególnych miesięcy podzielona przez 12 (liczbę miesięcy w roku).

Średni pobyt (osobodni) w szpitalu/na oddziale – liczba dni pobytu dzielony przez liczbę leczonych w szpitalu/na oddziale (wypisani, zmarli, pozostający na stanie w dniu 31.12.).

Środowiskowy dom samopomocy – jednostka organizacyjna pomocy społecznej należąca do grupy ośrodków wsparcia. ŚDS świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym.

Świadczenia ambulatoryjne specjalistyczne - świadczenia finansowane ze środków publicznych, udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, za wyjątkiem świadczeń: ginekologa i położnika, stomatologa, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę, osób zakażonych wirusem HIV, inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatanów, cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego.

Świadczenie specjalistyczne - świadczenie opieki

zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczenie szpitalne — wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Świadczenia zdrowotne – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne, wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania. Świadczeniami zdrowotnymi są działania związane z: badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opieką nad zdrowym dzieckiem, badaniem diagnostycznym, w tym z analizą medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno-hospicyjną, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczenia ochronne.

Świadczenie terapeutyczne - działania służące korekcie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, obejmujące w szczególności profilaktykę, diagnostykę, leczenie, pielęgnację.

Świadczeniobiorca – osoba pobierająca świadczenia, której przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego, zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wyskospecjalistycznych, programów zdrowotnych, leków.

Świadczeniodawca - zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położnictwa, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, osoba fizyczna inna niż ww., która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności

gospodarczej.

Terapia – działania ukierunkowane na osiągnięcie pożądanego stanu zdrowia przy pomocy różnych zabiegów: leczenia, farmakoterapii, psychoterapii, hipnoterapii, bioenergoterapii.

Terapia uzależnień - działania mające na celu zmianę myślenia oraz dotychczasowych patologicznych zachowań u osób uzależnionych, w procesie terapii grupowej oraz indywidualnej. W trakcie kuracji chory poznaje mechanizmy rządzące chorobą oraz mechanizmy rządzące trzeźwieniem (zdrowieniem). W czasie terapii uzależniony powinien zrozumieć, że proces leczenia rozpoczyna proces trzeźwienia, czyli nowego, trzeźwego postrzegania rzeczywistości i korzystania z niej.

Terapeuta środowiskowy – osoba prowadząca terapię środowiskową, zadaniem jej jest bezpośrednia praca w środowisku chorego oraz tworzenie i koordynowanie pracy grup psychoedukacyjnych i grup oparcia dla osób chorych i ich rodzin.

Terapeuta zajęciowy – osoba prowadząca ćwiczenia usprawniające fizycznie, psychicznie i społecznie, z różnego typu pacjentami oraz z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, w ramach terapii zajęciowych. Terapeuta zajęciowy leczy poprzez działanie i tworzenie z wykorzystaniem możliwości instrumentalnych, intelektualnych i emocjonalnych pacjenta.

Upośledzenie umysłowe – ogólna sprawność intelektualna danej osoby obniżona w sposób statystycznie znamieny w porównaniu z wartością przeciętną (średnią) w tej samej grupie wiekowej, czemu towarzyszy obniżenie zdolności przystosowania się. Przyjmując 100 za przeciętną wartość ilorazu inteligencji (IQ) mierzonej testami (w najczęściej używanym teście Wechslera) – osoby upośledzone umysłowo mają iloraz inteligencji 70 lub mniej. Iloraz inteligencji mierzy się porównując wiek testowy z wiekiem kalendarzowym, przy czym wynik mnoży się przez sto. Poza upośledzeniem czynności umysłowych kolejnym warunkiem rozpoznania tego zaburzenia jest to, że jego początek musiał mieć miejsce w wieku rozwojowym – przed 18 rokiem życia (dot. pierwszych lat życia, czyli okresu, w którym kształtuje się intelekt człowieka, jeżeli do upośledzenia intelektu dojdzie w wieku, późniejszym wtedy mówi się o ośpieniu).

Urojenia – zaburzenia treści myślenia, polegające na fałszywych przekonaniach, błędnych sądach, odpornych na wszelką argumentację, podtrzymywane mimo obecności dowodów wskazujących na ich nieprawidłowość.

Usługi opiekuńcze – świadczenie pomocy społecznej przeznaczone dla osób, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób

a są jej pozbawione. Wyróżnia się specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz usługi opiekuńcze nie mające specjalistycznego charakteru. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Usługi opiekuńcze nie mające charakteru specjalistycznego obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Uzależnienie (zespół uzależnienia) – zespół różnych zjawisk na poziomie fizjologii, funkcjonowania psychicznego (procesów poznawczych) i zachowania człowieka, związanych z przyjmowaniem substancji lub grupy substancji psychoaktywnych, zaczynających dominować nad zachowaniem, które charakteryzowały jednostkę przed uzależnieniem się. Głównym objawem zespołu jest odczuwalny, nie do odparcia głód (pragnienie) przyjęcia danego środka psychoaktywnego.

Uzależnienie od alkoholu - choroba posiadająca własną etiologię i patogenezę, specyficzny stan organizmu człowieka oraz zmian w zachowaniu towarzyszącym zawężaniu się wachlarza umiejętności radzenia sobie w życiu wraz z pojawiającym się przymusem picia alkoholu, pomimo negatywnych konsekwencji wcześniejszego zażywania.

Uzależniony – osoba cierpiąca na zespół uzależnienia od alkoholu, narkotyków, leków.

Warsztat terapii zajęciowej - placówka stwarzająca osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do podjęcia pracy, możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskiwania lub przywrócenia umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia.

Wizyta, porada domowa lub środowiskowa – wizyta, porada diagnostyczna, terapeutyczna lub psychologiczna udzielana w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, kontynuująca leczenie wg ustalonego planu terapeutycznego, dot. także rodzin lub opiekunów i obejmująca: ocenę postępu leczenia oraz realizację i koordynację zadań zaplanowanych w indywidualnym planie leczenia.

Wskaźnik DALY (*Disability Adjusted Life-Years* – lata życia skorygowane niesprawnością) – wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa. Wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby. Służy do pomiaru obciążenia chorobami w badanej populacji, identyfikacji głównych przyczyn obciążenia chorobami oraz alokacji środków na zwalczanie tych przyczyn, pozwala na ocenę skuteczności podejmowanych działań w procesie monitorowania zmian w obciążeniu chorobami lub poprzez ocenę DALY zyskanych przez

zastosowanie danej interwencji. Jeden DALY oznacza utratę jednego roku w zdrowiu. Przyczyną tej utraty może być przedwczesna umieralność lub inwalidztwo. Wskaźnik DALY pozwala dokładnie śledzić i rejestrować skutki chorób (upośledzenie, inwalidztwo) bądź okaleczeń wskutek urazów. Analizy z użyciem DALY ujawniają również informacje o niezdrowych nawykach (palenie tytoniu, brak ruchu, itd.) i to jakim są one obciążeniem dla społeczeństwa. Wskaźnik wykorzystywany jest przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i inne instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym, do określenia wpływu stanu zdrowia obywateli na sytuację społeczną i gospodarczą społeczeństwa. Można go analizować wg różnych kryteriów: choroby, regionu, wieku, płci itd.

Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych – wyrażony jest ilorazem wszystkich osób leczonych z powodu tych zaburzeń w określonym czasie, do średniej populacji w danym okresie.

Wskaźnik zachorowalności (zapadalności) na zaburzenia psychiczne – wyrażony jest ilorazem wszystkich osób leczonych po raz pierwszy z powodu tych zaburzeń w określonym czasie do średniej populacji w danym okresie.

Wykorzystanie łóżek – liczba dni w roku, w których łóżka wykorzystywane są do hospitalizacji. Wartość otrzymuje się przez pomnożenie liczby hospitalizowanych przez czas hospitalizacji (uzyskując tzw. liczbę osobodni) i podzielenie przez liczbę łóżek, inaczej mówiąc jest to podzielenie liczby osobodni (które uzyskuje się mnożąc liczbę leczonych osób przez średni pobyt chorego w dniach – czas hospitalizacji) przez liczbę łóżek. Gdy liczbę tę odniesiemy do roku, tzn. podzielimy przez 365 i pomnożymy przez 100%, otrzymamy procentowe wykorzystanie łóżek.

Wykorzystanie łóżek : wskaźnik w dniach: liczba dni pobytu (tzw. osobodni) podzielona przez średnią liczbę łóżek rzeczywistych, *wskaźnik w procentach:* wskaźnik w dniach podzielony przez liczbę dni w roku (365) pomnożony razy 100.

Zaburzenia afektywne (nastroju) - grupa zaburzeń endogennych, w których okresowo występują zaburzenia nastroju, emocji i aktywności, zaburzenia te przejawiają się występowaniem zespołów depresyjnych i hipomaniakalnych. W zaburzeniach afektywnych głównym objawem są skrajne wahania nastroju. Podstawą do rozpoznania jest stwierdzenie dłużej trwających, głębokich zaburzeń nastroju istotnie zmieniających życie codzienne osoby, która doświadcza niezależnych od własnej woli zmian samopoczucia. Zaburzenia afektywne mogą mieć charakter epizodyczny, okresowy (nawracające zaburzenia depresyjne lub zaburzenia dwubiegunowe) lub charakter przewlekły pod postacią uporczywych, choć przeżywanych w mniejszym nasileniu zaburzeń nastroju (dystymia, cyklotymia). Zaburzenia nastroju mogą przejawiać się jego obniżeniem (depresja),

podwyższeniem (stanem maniakalnym). Czasami stanami mieszanymi (jednoczesne objawy depresji i manii).

Zaburzenia depresyjne – zaburzenie psychiczne z grupy chorób afektywnych charakteryzujące się następującymi objawami:

- emocjonalnymi: obniżony nastrój – smutek i towarzyszący mu często lęk, płacz, utrata radości życia (począwszy od utraty zainteresowań, skończywszy na zaniedbywaniu potrzeb biologicznych), czasem dysforia (zniecierpliwienie, drażliwość),
- poznawczymi: negatywny obraz siebie, obniżona samoocena, samooskarżenia, samookaleczenie, pesymizm i rezygnacja, w skrajnych wypadkach mogą pojawić się także urojenia depresyjne,
- motywacyjnymi: problemy z mobilizacją do wszelkiego działania, które mogą przyjąć wręcz formę spowolnienia psychoruchowego, trudności z podejmowaniem decyzji,
- somatycznymi: zaburzenie rytmów dobowych (m.in. zaburzenia rytmu snu i czuwania), utrata apetytu (możliwy również wzmożony apetyt), osłabienie i zmęczenie, czasem skargi na bóle i złe samopoczucie fizyczne,
- myślami samobójczymi.

Zaburzenia hiperkinetyczne (zespół nadpobudliwości ruchowej) - grupa zaburzeń aktywności i uwagi charakteryzujących się brakiem wytrwałości w realizacji zadań wymagających zaangażowania poznawczego, tendencją do przechodzenia od jednej aktywności do drugiej bez ukończenia wcześniej rozpoczętej oraz zdezorganizowaną, słabo kontrolowaną, nadmierną aktywnością i impulsywnością.

Zaburzenia nastroju – nadmierne stany nastroju, nad którymi dana osoba ma znikomą kontrolę, wywołujące cierpienie, utrudniające uczenie się, pracę i nawiązywanie kontaktów międzyludzkich. W większości przypadków przejawiają się one w obniżonym nastroju, smutku czy chwiejności emocjonalnej. Do najczęściej występujących zaburzeń nastroju zalicza się: zaburzenia afektywne dwubiegunowe i depresję.

Zaburzenia nerwice (nerwice) - grupa zaburzeń psychicznych o bardzo różnej symptomatyce, przejawiająca się w sferach postrzegania, przeżywania, myślenia i zachowania. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) definiuje zaburzenia nerwice jako zaburzenia psychiczne nie mające podłoża organicznego, w których nie dochodzi do zakłócenia oceny rzeczywistości ani trudności w rozróżnieniu między subiektywnym doświadczeniem choroby, a zewnętrzną rzeczywistością. Podstawowymi objawami są: silny lęk, objawy histeryczne, fobie, objawy obsesyjne i kompulsyjne – nerwica natręctw (czynności i rytuały do wykonywania których chory odczuwa silny psychiczny przymus)

oraz depresja. Osoby z zaburzeniami nerwicowymi charakteryzuje m.in.: podwyższony poziom niepokoju, lęk przed samooceną, poczucie niskiej wartości, brak akceptacji siebie (choroba emocji). ICD wyróżnia: *zaburzenia związane ze stresem* - zespoły objawów o różnym obrazie klinicznym, powstające u osób niemających wcześniej żadnych zaburzeń psychicznych w odpowiedzi na wyjątkowo ciężki stres, trwałą sytuację urazową lub przewlekły konflikt oraz *zaburzenia pod postacią somatyczną* - zakłócenia (doznań, funkcji i zachowań) ograniczające się do określonych obszarów ciała, niewynikające z choroby fizycznej, ale wiążące się ze stresującymi wydarzeniami i problemami.

Zaburzenia niepsychotyczne – są to między innymi: upośledzenia umysłowe, zaburzenia psychosomatyczne, nerwice, zaburzenia adaptacyjne, uzależnienia, zaburzenia typu nerwicowego (np. reakcje adaptacyjne), część zaburzeń psychosomatycznych, upośledzenie umysłowe, większość zespołów organicznych, zaburzenia osobowości, uzależnienia od alkoholu i innych substancji.

Zaburzenia psychiczne - ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, które są przedmiotem zainteresowania (diagnostyka, leczenie, profilaktyka, badania etiologii i patogenety) psychiatrii klinicznej. Przeciwnostawność zdrowia psychicznego.

Zaburzenia psychotyczne (psychoza) - grupa zaburzeń psychicznych pochodzenia organicznego lub emocjonalnego. Do klasycznych objawów zalicza się omamy, urojenia, zachowania regresywne, niedostosowany nastrój, rozkojarzenie. Zaburzenia psychotyczne dotyczą znacznego upośledzenia w percepcji rzeczywistości. Osoba dotknięta psychozą dochodzi do nieprawidłowych wniosków dotyczących rzeczywistości zewnętrznej, dokonuje niewłaściwych ocen oraz spostrzeżeń. Do zaburzeń psychotycznych zalicza m.in.:

- **schizofrenia** (cechują się podstawowymi zaburzeniami myślenia i spostrzegania oraz niedostosowanym i spłyconym afektem. Zmiany dotyczą czynności, które pozwalają normalnej osobie na odczuwanie swojej odrębności, indywidualności i zdolności kierowania sobą),
- **psychozy afektywne**, w tym zaburzenie dwubiegunowe (psychoza maniakalno - depresyjna).

Zaburzenia zachowania – są to powtarzające się i utrwalone wzorce zachowania dysocjalnego (zachowanie antyspołeczne, psychopatia), agresywnego lub buntowniczego, cechujące się gwałceniem podstawowych praw innych osób, powodujące poważne przekroczenie oczekiwań i norm społecznych dla danego wieku, będące czymś więcej niż zwykłą dziecięcą złością lub młodzieżową buntowniczością.

Zachorowalność, zapadalność - częstotliwość

występowania nowych przypadków choroby w badanej zbiorowości (występowanie nowych przypadków zachorowań w określonym czasie). Współczynniki zachorowalności oblicza się w stosunku do liczby osób narażonych na ryzyko zachorowania. Miarą zachorowalności jest współczynnik wyrażający liczbę nowych przypadków choroby na 1000 osób badanej zbiorowości.

Zakład aktywności zawodowej – instytucja, której głównym zadaniem jest wspierania osób niepełnosprawnych we wchodzeniu lub powrocie na rynek pracy. Jest to przedsiębiorstwo powoływane przez gminy, powiaty, fundacje, stowarzyszenia lub inne organizacje społeczne, którego statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych.

Zakład leczenia odwykowego - wchodzi w skład systemu ochrony zdrowia jako jednostka organizacyjna zakładów opieki zdrowotnej lub jako zakład opieki zdrowotnej. Zakład leczenia odwykowego realizuje programy psychoterapii uzależnień i współuzależnień oraz udziela indywidualnych świadczeń zapobiegawczo - leczniczych i rehabilitacyjnych osobom uzależnionym od alkoholu i członkom ich rodzin.

Zakład opieki zdrowotnej – wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia, może być również utworzony i utrzymywany w celu prowadzenia badań naukowych i prac badawczo – rozwojowych oraz realizacji zadań dydaktycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Zakładem opieki zdrowotnej jest:

- szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, sanatorium, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, prewentorium, hospicjum stacjonarne, inny niewymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu,
- przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium,
- pogotowie ratunkowe,
- medyczne laboratorium diagnostyczne,
- pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
- zakład rehabilitacji leczniczej,
- żłobek,
- ambulatorium albo ambulatorium z izbą chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, jednostki organizacyjnej Służby Więziennej,
- stacja sanitarno-epidemiologiczna,
- wojskowy ośrodek medycyny prewencyjnej,
- jednostka organizacyjna publicznej służby krwi,
- inny zakład, spełniający warunki określone w ustawie.

Zakład opiekuńczo-leczniczy – zakład opieki zdrowotnej udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych, który obejmuje swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych. Osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, zakład ten zapewnia środki farmaceutyczne i materiały medyczne na zlecenie lekarza zakładu.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy – stacjonarny zakład opieki zdrowotnej udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgnacji, opieki i rehabilitacji osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewniający im kontynuację leczenia farmakologicznego, zakwaterowanie, materiały medyczne i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także edukację zdrowotną pacjentom oraz członkom ich rodzin.

Zakład pracy chronionej - stwarza warunki do zatrudniania osób niepełnosprawnych, zwłaszcza o znacznie ograniczonej zdolności do pracy (stworzenie osobom niepełnosprawnym warunków do pracy zarobkowej). Niektóre zakłady pracy chronionej stawiają sobie za cel przygotowanie pracowników do pracy na otwartym rynku i ich przejście do zwykłych zakładów pracy.

Zakłady psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej – przychodnie i poradnie zdrowia psychicznego, przychodnie i poradnie odwykowe/alkoholowe oraz poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, poradnie psychologiczne.

Zakłady psychiatrycznej opieki pełnodobowej – szpitale psychiatryczne, oddziały psychiatryczne i odwykowe przy szpitalach ogólnych, ośrodki/oddziały leczenia odwykowego, ośrodki/oddziały rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady „Monar”, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Zdrowie (wg definicji WHO–Światowej Organizacji Zdrowia) – to nie tylko brak choroby czy kalectwa, ale jest to stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, społecznego i psychicznego. Zdrowie emocjonalne to zdolność do rozpoznawania uczuć, wyrażania ich w odpowiedni sposób, umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciem, lekiem, depresją, agresją oraz zdrowie umysłowe – zdolność do logicznego, jasnego myślenia oraz sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego. W medycynie używa się terminu „homeostaza” – jest

to zdolność organizmu do efektywnej obrony przed stresorami w celu przywrócenia i utrzymania wewnętrznej równowagi, w medycynie niekonwencjonalnej, zdrowie określa się jako ogólny stan dobrego samopoczucia. Wskaźnikami oceniającymi stan zdrowia danej populacji są miary pozytywne (np. długość przeciętnego trwania życia) lub miary o charakterze negatywnym (np. poziom umieralności czy wskaźniki zachorowalności).

Zdrowie psychiczne – stan umysłu, umożliwiający sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie, odporność na wszystkie trudne sytuacje, wydarzenia, zjawiska (wszystko to, co nie jest chorobą), brak objawów i procesu chorobowego, szczególnie dobry stan samopoczucia. Normę wyznaczają warunki geograficzne, środowiskowe, przyzwyczajenia kulturowe. Zdrowie psychiczne odnosi się do dobrego samopoczucia psychicznego i emocjonalnego.

Zespoły abstynencyjne – mogą mieć różny obraz psychopatologiczny, w zależności od rodzaju przyjmowanej substancji, osobowości człowieka i jego

stanu psychicznego oraz otoczenia, w którym się znajduje. Najczęściej występujące objawy to: halucynacje, nastawienia urojeniowe i urojenia, zaburzenia nastroju i popędu oraz jakościowe zaburzenia świadomości, najczęściej o typie przymglenia.

Zespół Aspergera (syndrom Aspergera) – całościowe zaburzenia rozwoju mieszczące się w spektrum autyzmu, zaburzenie to obejmuje przede wszystkim upośledzenie umiejętności społecznych, trudności w akceptowaniu zmian, ograniczona elastyczność myślenia przy braku upośledzenia umysłowego oraz szczególnie pochłaniające, obsesyjne, zainteresowania. Głównymi kryteriami różnicującymi syndrom Aspergera od autyzmu głębokiego są: brak opóźnienia rozwoju mowy i innych istotnych jej zaburzeń uniemożliwiających logiczną komunikację, prawidłowy rozwój poznawczy.

Zespół behawioralny – zespół związany z zachowaniem osób, ich reakcją na bodźce zewnętrzne.

Załącznik 2

Wykaz tabel, map i wykresów

Spis tabel

Tabela 1	Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w latach 2000-2009 w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej kraju na 100 tys. ludności...	21
Tabela 2	Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej w województwie śląskim na tle kraju w latach 2008-2009.....	34
Tabela 3	Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej oraz oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych w województwie śląskim w latach 2005-2009.....	35
Tabela 4	Szpitaly psychiatryczne w województwie śląskim w latach 2008-2009.....	38
Tabela 5	Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych w województwie śląskim w latach 2008-2009.....	42
Tabela 6	Ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego w województwie śląskim w latach 2008-2009.....	46
Tabela 7	Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie śląskim w latach 2008-2009.....	48
Tabela 8	Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne w województwie śląskim w latach 2008-2009.....	53
Tabela 9	Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne w województwie śląskim w latach 2008-2009.....	55
Tabela 10	Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego w latach 2007-2009.....	56
Tabela 11	Jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie śląskim w latach 2007-2009.....	60
Tabela 12	Forma prowadzenia jednostek psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007 – 2009.....	61
Tabela 13	Jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz substancji psychoaktywnych – rozmieszczenie poradni na terenie powiatów województwa śląskiego w latach 2008-2009.....	63
Tabela 14	Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009.....	66

Tabela 15	Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim w latach 2008-2009.....	70
Tabela 16	Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim w latach 2008-2009.....	76
Tabela 17	Chorzy leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego w latach 2006-2009.....	78
Tabela 18	Pacjenci hospitalizowani z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w szpitalach oraz oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych województwa śląskiego w latach 2008-2009.....	80
Tabela 19	Pacjenci hospitalizowani z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych (z wyjątkiem używania alkoholu i palenia tytoniu) w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych województwa śląskiego w latach 2006-2009.....	81
Tabela 20	Porady udzielane w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009.....	83
Tabela 21	Świadczenia realizowane w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009.....	84
Tabela 22	Rozpoznanie zaburzeń psychicznych osób leczonych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2005-2009.....	86
Tabela 23	Chorzy leczeni z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	88
Tabela 24	Chorzy leczeni ogółem wg płci i rozpoznań z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	89
Tabela 25	Chorzy leczeni według wieku z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009.....	91
Tabela 26	Zapadalność na zaburzenia psychiczne w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2008-2009.....	92
Tabela 27	Chorzy leczeni wg płci i wieku z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	93

Tabela 28	Chorzy z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych leczeni w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	94
Tabela 29	Chorzy leczeni ogółem wg płci i rozpoznań z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	96
Tabela 30	Chorzy leczeni wg wieku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009.....	97
Tabela 31	Chorzy leczeni wg płci i wieku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	98
Tabela 32	Chorzy leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	101
Tabela 33	Chorzy leczeni ogółem wg płci i rozpoznań z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	101
Tabela 34	Chorzy leczeni wg wieku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2008-2009.....	102
Tabela 35	Chorzy leczeni wg płci i wieku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	103
Tabela 36	Najczęstsze rozpoznania u dzieci i młodzieży hospitalizowanej w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych województwa śląskiego w latach 2007-2009.....	105
Tabela 37	Dzieci i młodzież leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w województwie śląskim w latach 2007-2009.....	106
Tabela 38	Prognoza źródeł finansowania Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015.....	179
Tabela 39	Nakłady na realizację Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 (szacunek).....	181

Tabela 40	Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej województwa śląskiego na przestrzeni lat 2007-2009.....	184
Tabela 41	Zalecane docelowe wskaźniki zatrudnienia w wybranych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie śląskim.....	185
Tabela 42	Zalecane wskaźniki liczby łóżek w wybranych zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej w województwie śląskim.....	186

Spis map

Mapa 1	Liczba świadczeniodawców z zakresu psychiatrycznej opieki stacjonarnej i leczenia uzależnień w województwie śląskim w 2009 r.....	58
Mapa 2	Liczba świadczeniodawców z zakresu psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i leczenia uzależnień w województwie śląskim w 2009r.....	65
Mapa 3	Liczba świadczeniodawców z zakresu psychiatrycznej opieki stacjonarnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim w 2009 r.....	73
Mapa 4	Liczba świadczeniodawców z zakresu psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim w 2009 r.....	75

Spis wykresów

Wykres 1	Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2008-2009 w kraju.....	27
Wykres 2	Zarejestrowani w poradniach dla osób uzależnionych od alkoholu wg województw w 2009 r.....	31
Wykres 3	Personel działalności podstawowej w poszczególnych jednostkach opieki psychiatrycznej województwa śląskiego w 2009 r.....	32
Wykres 4	Liczba łóżek w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego w latach 2005-2009.....	36
Wykres 5	Liczba chorych w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego w latach 2005-2009.....	37
Wykres 6	Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego w latach 2007-2009.....	57
Wykres 7	Struktura psychiatrycznych jednostek ambulatoryjnych województwa śląskiego w 2009 r.....	61
Wykres 8	Forma prowadzenia jednostek psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007–2009.....	62

Wykres 9	Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009.....	67
Wykres 10	Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim w 2009 r.....	77
Wykres 11	Struktura chorych leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej województwa śląskiego w 2009 r.....	79
Wykres 12	Pacjenci hospitalizowani z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych województwa śląskiego w 2009 r.....	82
Wykres 13	Liczba porad na 10 tys. ludności w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2007-2009.....	83
Wykres 14	Struktura świadczeń realizowanych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	85
Wykres 15	Chorzy leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2005-2009.....	87
Wykres 16	Chorzy leczeni wg płci i rozpoznań z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.	90
Wykres 17	Chorzy z zaburzeniami psychicznymi leczeni po raz pierwszy w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2008-2009.....	92
Wykres 18	Leczeni z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	95
Wykres 19	Chorzy leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w latach 2005-2009.....	96
Wykres 20	Chorzy leczeni wg płci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	99
Wykres 21	Chorzy leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego	100

	w latach 2005-2009.....	
Wykres 22	Struktura leczonych ogółem wg płci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	104
Wykres 23	Struktura dzieci i młodzieży leczonych wg wybranych zaburzeń w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej województwa śląskiego w 2009 r.....	107

Załącznik 3

Model Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP)

(zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010r. w sprawie NPOZP)

Struktura Centrum Zdrowia Psychicznego

1. Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) składa się co najmniej z:
 - a) zespołu ambulatoryjnego (zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarские, interwencje socjalne),
 - b) zespołu środowiskowego (zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne),
 - c) zespołu dziennego (zadania: częściowa hospitalizacja),
 - d) zespołu szpitalnego (zadania: dostęp do odpowiednio kwalifikowanej psychiatrycznej opieki stacjonarnej). Podstawowym i docelowym rozwiązaniem powinny być świadczenia oddziału psychiatrycznego lokalnego szpitala ogólnego, uzupełniane profilowanymi świadczeniami innych szpitali, w miejscach, w których jest to możliwe, oddział stanowi integralną część CZP.
2. W zależności od miejscowych potrzeb i zasobów:
 - a) opieka nad dziećmi i młodzieżą mogłaby funkcjonować równolegle, niezależnie (Centra Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży) lub w ramach jednego ośrodka (zespół dziecięco- młodzieżowy CZP),
 - b) CZP może ponadto organizować inne zespoły o zadaniach wyspecjalizowanych w leczeniu wybranych grup chorych (np. zespoły: zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub inne zespoły o zadaniach specyficznych (np. pomoc kryzysowa, hotele i inne formy chronionego zakwaterowania).
3. W rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych chorych CPZ ściśle współpracuje z działaniami i placówkami pomocy społecznej (np. w zakresie świadczeń opiekuńczych, pomocy materialnej i mieszkaniowej, rehabilitacji zawodowej, domów samopomocy i pomocy społecznej). Współpraca ta może być zintegrowana instytucjonalnie.

Cel działania Centrum Zdrowia Psychicznego

Wprowadzenie nowoczesnego, sprawdzonego modelu opieki psychiatrycznej, który:

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

Zadania Centrum Zdrowia Psychicznego

1. Wszechstronna psychiatryczna opieka zdrowotna (diagnostyka, leczenie i rehabilitacja oraz orzecznictwo i konsultacje dla podstawowej opieki zdrowotnej).
2. Wszechstronność opieki świadczonej przez Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) wynika ze:
 - zróżnicowania świadczeń zdrowotnych oferowanych przez jego poszczególne zespoły,
 - koordynacji świadczeń udzielanych poszczególnym chorym,
 - dostosowania struktury organizacyjnej do lokalnych potrzeb.
3. CZP tworzy się w celu zapewnienia opieki co najmniej 1 500 osobom dorosłym, na obszarze zamieszkałym przez co najmniej około 50 tys. mieszkańców (obszar odpowiadający wielkości powiatu lub dużej gminy/dzielnicy).
4. CZP udziela:
 - a) czynnej opieki długoterminowej (powyżej 60 dni) dla chorych z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłej opieki i leczenia, związanych z CZP terytorialnie (możliwość dojazdu i kontaktu) oraz społecznie (społeczność lokalna),
 - b) opieki długoterminowej (powyżej 60 dni) dla innych chorych z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi,
 - c) opieki krótkoterminowej (do 60 dni) dla chorych z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi,
 - d) pomocy konsultacyjnej (porady jednorazowe lub opieka do 7 dni) – dla innych osób potrzebujących świadczeń diagnostycznych lub krótkotrwałej terapii,
 - e) opieki szpitalnej – w niezbędnym zakresie.

Warunki organizacyjne:

1. Większe Centra Zdrowia Psychicznego (CZP) mogą stanowić samodzielne zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ).
2. Działając w strukturze ogólnego ZOZ, CZP musi dysponować odrębnością organizacyjną, pozwalającą na planową realizację specyficznych zadań opieki psychiatrycznej.
3. Gęstość sieci i lokalizacja CZP powinny być określona w regionalnych planach ochrony zdrowia psychicznego, zgodnie ze wskaźnikami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP).
4. Należy rozważyć możliwość finansowania zadań CZP wg stawki kapitałowej (kwota określona przez NFZ jaką lekarz otrzymuje na leczenie pacjenta), analogicznie i równolegle do działalności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Centra Zdrowia Psychicznego mogą znajdować się w strukturze istniejącego zoz-u lub mogą stanowić strukturę utworzoną przez różne uzupełniające się jednostki (zoz-y) tworząc funkcjonalną całość współpracującą w realizacji nałożonych zadań.

Załącznik 4

Proponowane rozwiązania organizacyjne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej

(zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010r. w sprawie NPOZP)

I. Zalecane wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej - minimalna dostępność placówek

A. CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO (CZP) DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
CZP dla dorosłych	1 CZP/50-200 tys. mieszkańców, CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta, stosownie do lokalnych potrzeb
CZP dla dzieci i młodzieży	1 CZP/50-200 tys. mieszkańców, CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta, stosownie do lokalnych potrzeb
B. PLACÓWKI DLA DOROSŁYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
Poradnia	1 poradnia/50 tys. mieszkańców	czynna codziennie w każdym powiecie lub dzielnicy dużego miasta
Oddziały dzienne	3 miejsca/10 tys. mieszkańców	co najmniej 1 w mieście powyżej 70 tys. mieszkańców
Zespoły środowiskowe	1 zespół/50 tys. mieszkańców	1-3 wizyt/tygodniowo
Zespoły interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej	1 zespół w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców	
Oddziały psychiatryczne szpitalne	4 łóżka/10 tys. mieszkańców równomiernie jak najbliżej w miastach/dzielnicach miast powyżej 80 tys. mieszkańców, optymalnie: w szpitalach ogólnych	maksymalnie 300 łóżek w szpitalu psychiatrycznym, przekształcenia w większych szpitalach
Hostel	0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców	
Oddziały opiekuńcze (ZPO, ZOL)	1-2 łóżka/10 tys. mieszkańców	

C. PLACÓWKI DLA DZIECI I MŁODZIEŻY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

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

D. PLACÓWKI DLA UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU I WSPÓLUZALEŻNIONYCH

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

E. PLACÓWKI DLA UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	co najmniej 3 przychodnie w województwie, w tym w miastach: 50-70 tys. mieszkańców – 1 przychodnia, 70-100 tys. mieszkańców – 2 przychodnie, powyżej 100 tys.-mieszkańców - 3 przychodnie	z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego, czynna codziennie, w tym ośrodki interwencji kryzysowej
Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	co najmniej 1 oddział (20 miejsc)/województwo	z uwzględnieniem różnicowania w poszczególnych województwach
Oddziały/łóżka detoksykacyjne	0,1 łóżka/10 tys. mieszkańców	z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach

Oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,7 łóżka/10 tys. mieszkańców	w tym prowadzone przez organizacje pozarządowe, z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach
Hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców	
Program leczenia substytucyjnego	w każdym mieście, w którym jest co najmniej 30 użytkowników opiatów, kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego	

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

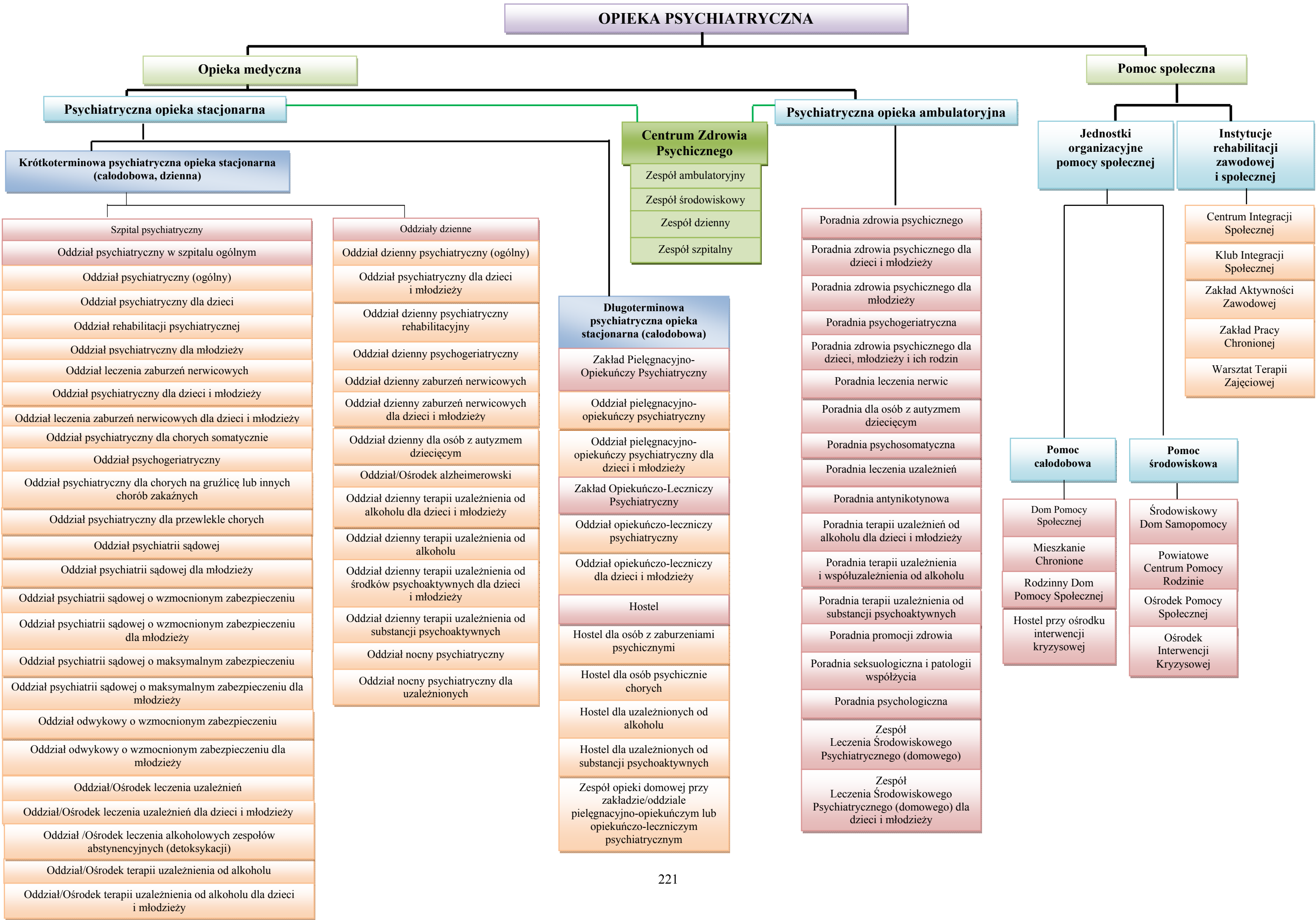
Oczekiwane zatrudnienie:

Zawód	Oczekiwania		Stan obecny
	wskaźnik/ 100 tys. os.	liczba osób	liczba osób
Psychiatrzy	10,0	4 000	2 700
Psychiatrzy dzieci i młodzieży	1,0	400	206
Psychologowie kliniczni	9,5	3 800	1 400
Pracownicy socjalni	10,0	4 000	300
Pielęgniarki	35,0	14 000	10 000
Terapeuci zajęciowi*	8,0	3 200	560
Psychoterapeuci z certyfikatem	2,0	800	500
Certyfikowani specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień	5,0	2 000	1 400

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

Załącznik 5

Formy opieki psychiatrycznej



Oddział/Ośrodek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych
Oddział/Ośrodek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży
Oddział/Ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)
Oddział/Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych
Oddział/Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży
Oddział/Ośrodek terapii dla uzależnionych od alkoholu ze współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi
Oddział/Ośrodek terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi
Oddział/Ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi
Ośrodek leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych
Izba przyjęć

