Druk nr 176

Warszawa, 8 stycznia 2016 r.

SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
DKRM.ZK.4822.12(4)2015

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

- Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2014 r.

Jednocześnie informuję, że Rada Ministrów upoważniła Ministra Zdrowia do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych.

(-) Beata Szydło

RADA MINISTRÓW

INFORMACJA O REALIZACJI DZIAŁAŃ WYNIKAJĄCYCH Z NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W 2014 ROKU

Podstawa prawna: art. 2 ust. 8 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).

WARSZAWA 2015 r.

Spis treści

Wstęp 3
Charakterystyka opieki psychiatrycznej w kraju 4
Rozdział I 18
Realizacja zadań określonych w Programie: 18
Minister Zdrowia 18
Minister Edukacji Narodowej 27
Minister Pracy i Polityki Społecznej 43
Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego 52
Minister Sprawiedliwości 53
Minister Spraw Wewnętrznych 61
Minister Obrony Narodowej 69
Narodowy Fundusz Zdrowia 74
Samorządy województw 75
Samorządy powiatów i gmin 82
Rozdział II 99
Nakłady finansowe przeznaczone na realizację Programu 99
Rozdział III 103
Podsumowanie realizacji Programu w 2014 r. 103
Spis tabel 107
Spis rycin…… 108

Wykaz skrótów:

AFPWS – Aktywne Formy Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu

CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego

DULUTH – Program korekcyjno-edukacyjny wobec sprawców przemocy

FIO – Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

NGO – Organizacje Pozarządowe (non-govermental organizations)

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

ORE – Ośrodek Rozwoju Edukacji

POZ – Jednostka podstawowej opieki zdrowotnej

PSP – Państwowa Straż Pożarna

Program – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

PUP – Powiatowy Urząd Powiatowy

PCPR – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

SP ZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ZOZ MSW – Zakłady Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych

Wstęp

Niniejsza informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2014 r., przyjętego w drodze rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. *w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*[1], wydanego na podstawie art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*[2], jest przygotowana w celu przedłożenia jej Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z art. 2 ust. 8 tej ustawy.

Program określa strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.
Celami głównymi Programu są:

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

Sprawozdanie składa się z trzech części podzielonych na rozdziały. W pierwszej części zaprezentowano stan opieki psychiatrycznej w 2014 r. W drugiej natomiast przedstawiono informacje o realizacji zadań wynikających z Programu przez realizatorów, tj. Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej oraz Narodowy Fundusz Zdrowia i jednostki samorządu terytorialnego, które w działaniach swoich oraz podległych im jednostek podejmują działania na rzecz ochrony zdrowia psychicznego. Trzeci rozdział zawiera podsumowanie realizacji Programu oraz wnioski i rekomendacje.

Układ dokumentu został zmodyfikowany w porównaniu do układu informacji z realizacji Programu w latach 2012-2013. Wynika to przede wszystkim z sugestii wyrażonych w trakcie konsultacji i obrad podczas rozpatrywania tych dokumentów, a także potrzeby dostosowania go do wykazu zadań określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. *w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*.

[1] (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128).
[2] (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).

Charakterystyka opieki psychiatrycznej w kraju

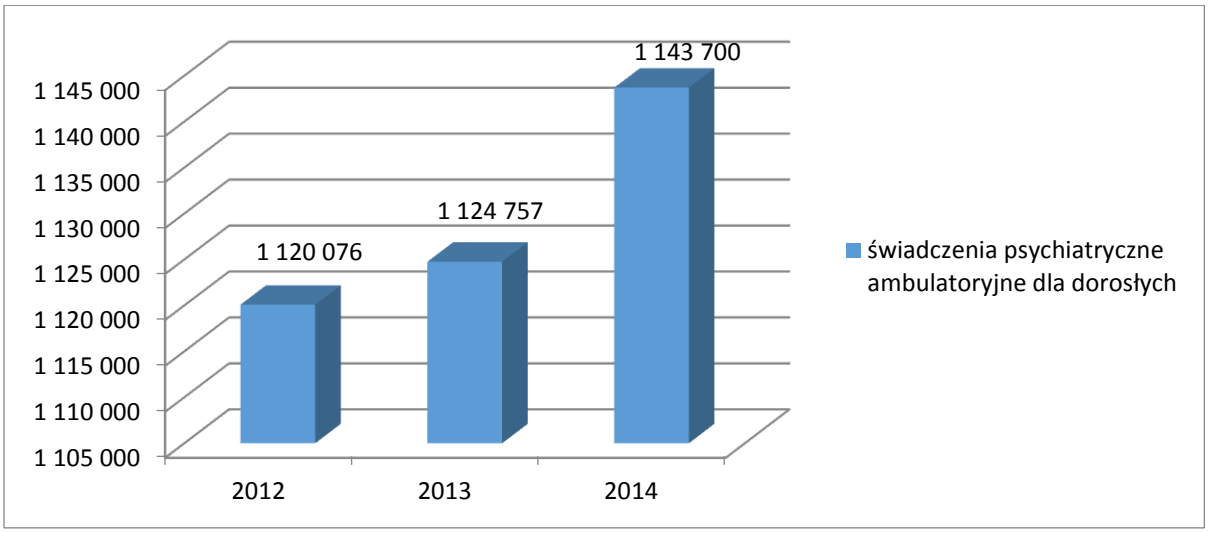
Psychiatryczna opieka zdrowotna jest traktowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia priorytetowo. Jest to zakres świadczeń zdrowotnych dla których wysokość finansowania charakteryzuje się największą (w porównaniu do innych zakresów) dynamiką wzrostu. W ciągu ostatnich kilku lat finansowanie świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień znacząco wzrosło, pozytywne zmiany w tym zakresie, obrazują poniższe dane dotyczące poziomu finansowania przedmiotowych świadczeń. Nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wzrosły o 15,09% w 2014 r. w stosunku do 2011 r. Nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wzrosły w latach 2011-2014 i przedstawiały się następująco:

Rok	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2011-2014**
Wysokość nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	2 015 192 tys.	2 158 551 tys.	2 239 573 tys.	2 319 446 tys.	↑15,09%

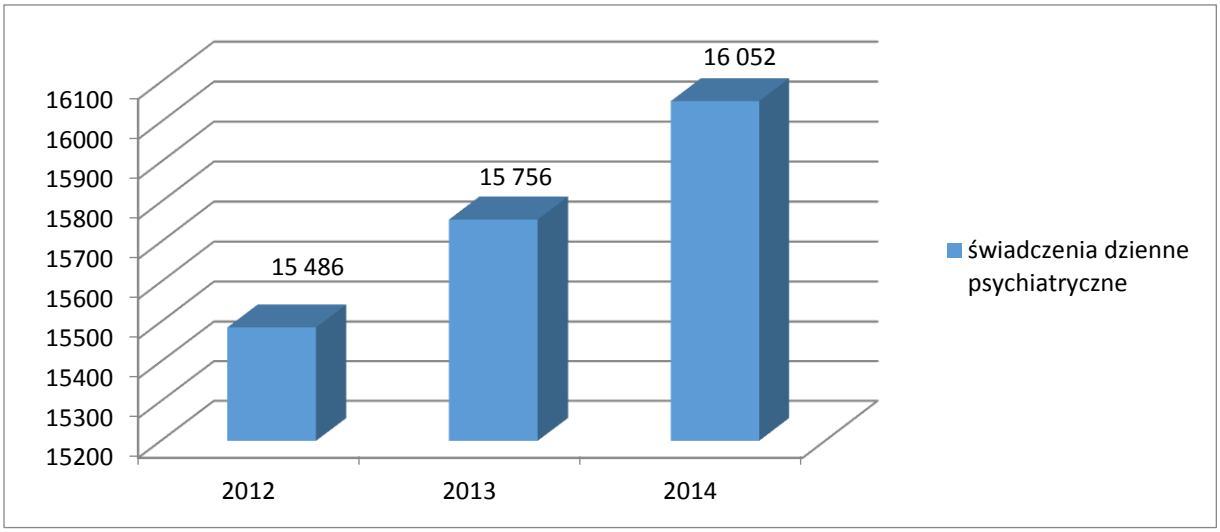
Tabela 1. Wysokość nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2011-2014
Źródło: dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku z faktem, że istotnie wzrasta dostępność do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień proporcjonalnie zwiększa się również liczba osób mających możliwość korzystania ze świadczeń we wskazanym zakresie finansowanych ze środków publicznych. W 2014 r. pomocy w ramach opieki ambulatoryjnej udzielono 1 mln 143 tys. dorosłych (dla porównania w 2012 r. opieką objęto 1 mln 120 tys.) oraz 109 539 dzieci (w 2012 r. – 100 129 dzieci). Tym samym corocznie w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej leczy się ponad 1,4 mln osób, czyli 4% wszystkich Polaków. W 2014 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększył dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku do lat poprzednich w każdej z form opieki. Mając na uwadze powyższe zanotowano wzrost świadczeń udzielonych w dziennej opiece psychiatrycznej dla dorosłych z 15 486 (w 2012 r.) do 16 052 osób w 2014 r. Największą grupę stanowiły grupy zaburzeń niepsychotycznych i zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu. W zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej w 2014 r. leczono 123 669 dorosłych pacjentów, w tym najczęściej cierpiących na zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz na zaburzenia niepsychotyczne podobnie jak w przypadku udzielanych świadczeń w opiece dziennej i ambulatoryjnej. Szczegółowe dane w zakresie udzielonych świadczeń

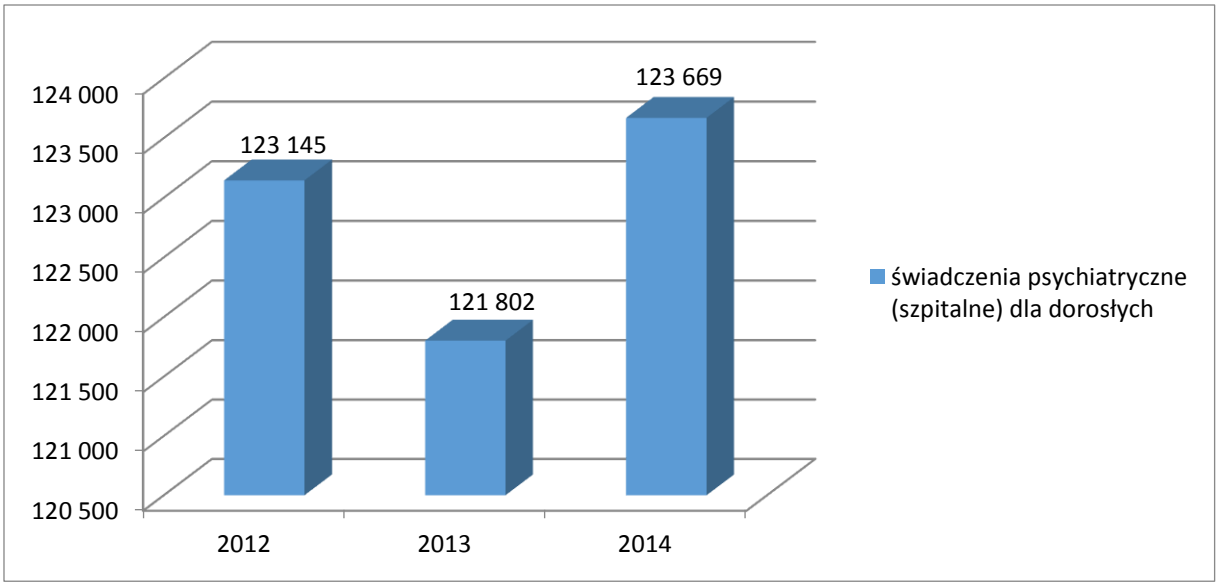
gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień przedstawiają Ryciny 1-4.



Rycina 1. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

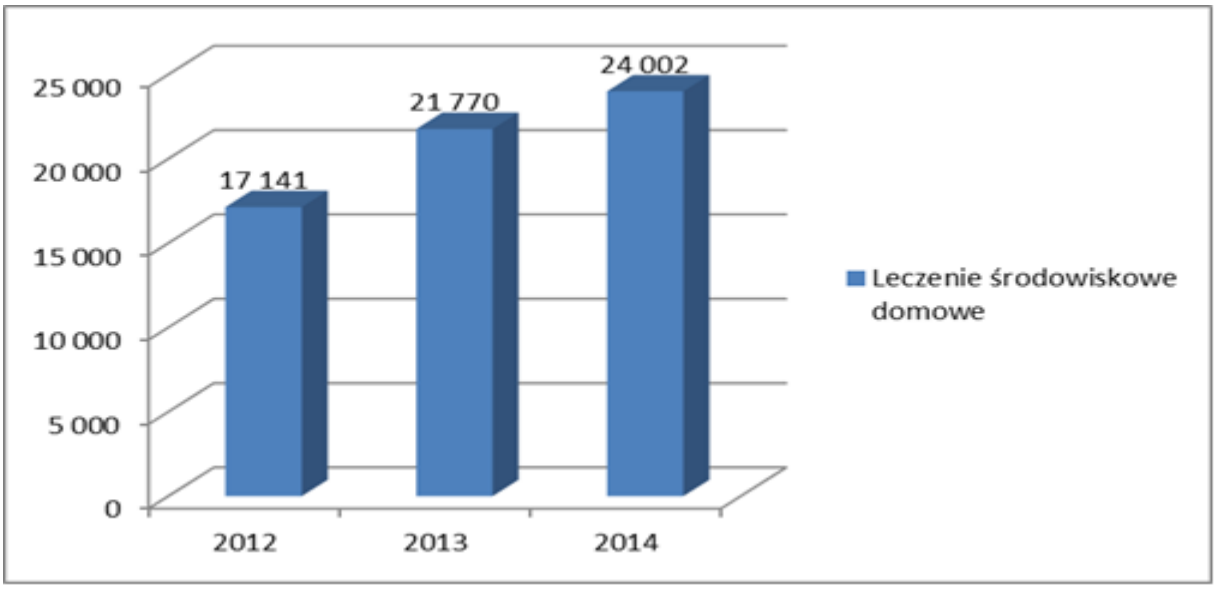


Rycina 2. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach dziennych psychiatrycznych.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.



Rycina 3. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z danych zawartych na poniższym wykresie wynika, iż systematycznie rośnie liczba osób otrzymujących wsparcie w warunkach leczenia środowiskowego domowego z poziomu 17 141 osób w 2012 r. do 24 002 osób w 2014 r.



Rycina 4. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach leczenia środowiskowego (domowego).
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wzrost środków finansowych w 2014 r. wpłynął korzystnie m.in. na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia środowiskowego o czym świadczy liczba zespołów leczenia środowiskowego, która konsekwentnie wzrasta w każdym roku realizacji Programu:

Rok	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2011-2014**
Liczba zespołów leczenia środowiskowego	60	106	118	124	↑64

Tabela 2. Liczba zespołów leczenia środowiskowego w latach 2011-2014.
Źródło: dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

Dotychczas nie przeprowadzano badań epidemiologicznych dotyczących skali rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży z uwagi na trudności w zbieraniu danych z tej grupy - zarówno zdrowej, jak i z grup klinicznych. Eksperci szacują, że 50% wszystkich zaburzeń psychicznych objawia się po raz pierwszy zanim dziecko ukończy 14 lat, a 75% wszystkich zaburzeń psychicznych objawia się po raz pierwszy przed ukończeniem 24 rokiem życia[3].

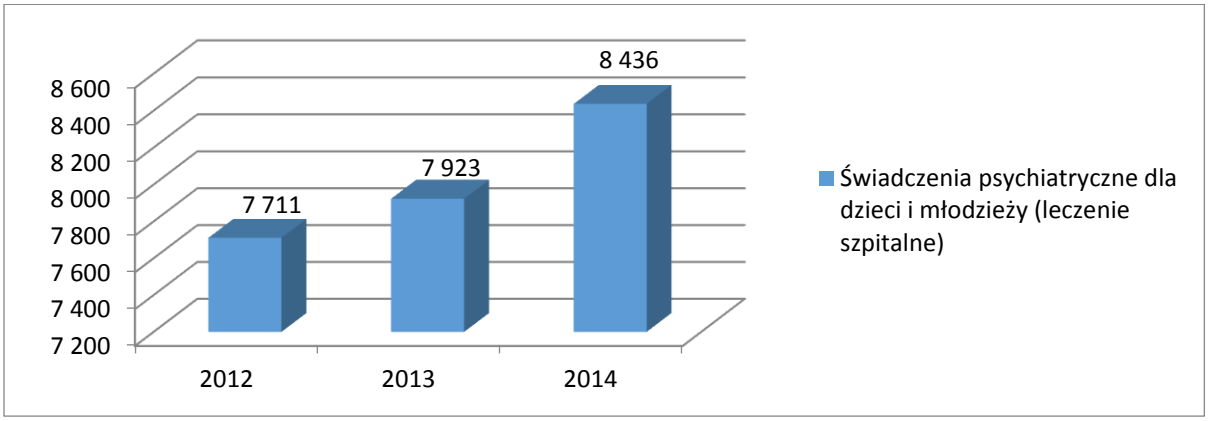
Wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, w 2014 r. największą liczbę stanowiły placówki ambulatoryjne – 156 podmiotów. Liczba pacjentów korzystających z tej formy opieki wzrasta systematycznie do poziomu około 100 tys. porad rocznie. Z kolei w 29 oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w 2014 r. udzielono świadczeń dla niemal 5 tys. pacjentów. W ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia dostępne są również inne formy opieki dla dzieci i młodzieży, jak świadczenia dzienne psychiatryczne, świadczenia psychiatryczne rehabilitacyjne, czy też świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne. Liczba świadczeń w dwóch podstawowych formach opieki – stacjonarnej i pozastacjonarnej jest zbliżona w ostatnich latach.

[3] Biden 2014 APA Annual Meeting

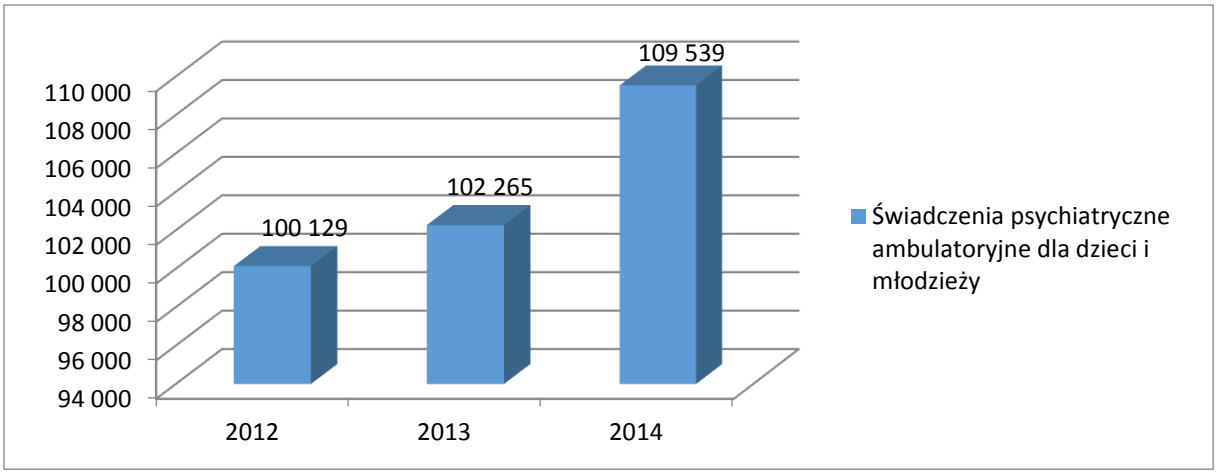
Dokładną liczbę świadczeniodawców z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży wg. stanu na 2014 r. przedstawiono w poniższej tabeli.

Nazwa zakresu	Liczba
Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	29
Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży	3
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	34
Świadczenia opiekuńczo lecznicze dla dzieci i młodzieży	2
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze dla dzieci i młodzieży	1
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	156
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich	5
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach maksymalnego zabezpieczenia dla nieletnich	1

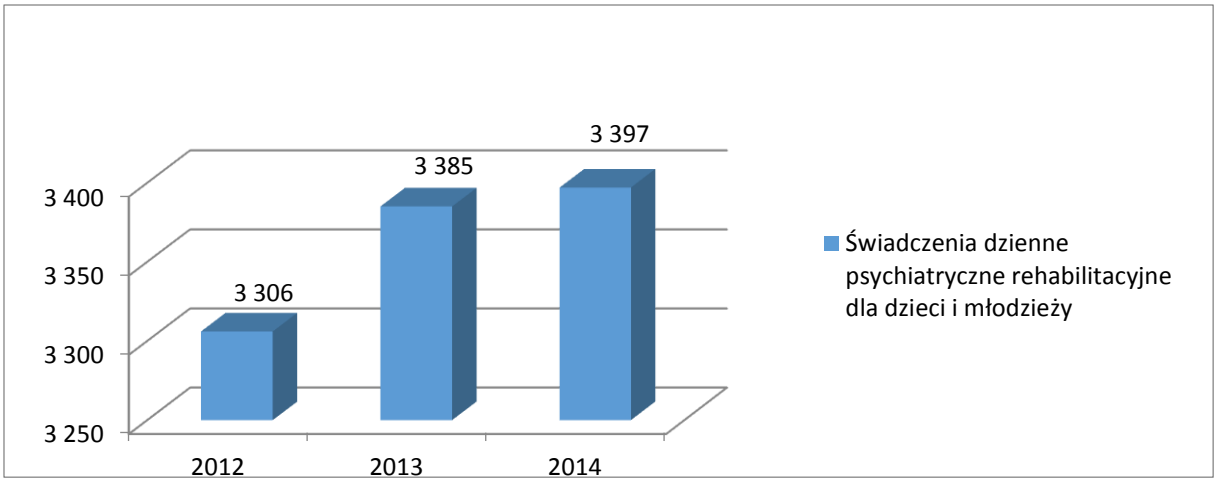
Tabela 3. Liczba świadczeniodawców z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży 2014 r. z podziałem na zakresy.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.



Rycina 5. Liczba pacjentów w zakresie udzielonych świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – leczenie szpitalne.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.



Rycina 6. Liczba pacjentów w zakresie udzielonych świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – leczenie ambulatoryjne.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.



Rycina 7. Liczba pacjentów w zakresie udzielonych świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – leczenie rehabilitacyjne.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Do najczęstszych zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży w wieku do 18 roku życia, zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego należą zaburzenia zachowania i emocji, rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym, oraz zaburzenia nerwicowe związane ze stresem. Pierwszą przyczyną hospitalizacji w placówkach psychiatrycznych są podobnie jak w przypadku poradni zdrowia psychicznego zaburzenia zachowania i emocji, drugą natomiast zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych[4].

Analizując dane na powyższych wykresach należy podkreślić, iż zauważalnie i systematycznie zwiększa się dostępność do bezpłatnej opieki psychiatrycznej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych - liczba dzieci i młodzieży, której udzielono świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych wzrosła z 100 129 w 2012 r. do 109 539 osób w 2014 r. Odnotowano również wzrost liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń z powodu zaburzeń psychicznych w dziennej opiece psychiatrycznej rehabilitacyjnej dla dzieci i młodzieży z 3 306 (w 2012 r.), do 3 397 osób w 2014 r. Podobna tendencja miała miejsce również zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej, w których dostarczono opieki 8 436 pacjentom, co stanowi wzrost o 725 w porównaniu do 2012 r. (7 711).

Kadry medyczne

Kolejną pozytywną zmianą jest systematyczny wzrost lekarzy specjalistów. Według danych Centralnego Rejestru Lekarzy RP prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską, liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii w 2014 r. wyniosła 4 256, w tym 3 957 wykonujących zawód. Dla porównania, pod koniec 2011 r. 3 991 lekarzy posiadało

[4] *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Kraków 2011 r.

ww. specjalizację, w tym 3 673 wykonujących zawód. Ponadto zauważalny jest wzrost o 22% liczby specjalistów z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży z 283 w 2011 r. do 346 w 2014 r. Zestawienia liczbowe personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2011-2014 zostały przedstawione w tabeli nr 4, 5 i 6.

Dziedzina specjalizacji		2011	2012	2013	2014	Porównanie 2011-2014
Psychiatria						
Liczba Specjalistów	Wyk. Zawód	3 005	3 129	3 222	3 333	⇧ 328
	Wszyscy	3 186	3 302	3 398	3 502	⇧ 316
Liczba specjalistów I st.	Wyk. Zawód	668	647	639	624	⇩ 44
	Wszyscy	805	788	777	754	⇩ 51
Razem	Wyk. Zawód	3 673	3 776	3 861	3 957	⇧ 284
	Wszyscy	3 991	4 090	4 175	4 256	⇧ 265
Psychiatria dzieci i młodzieży						
Liczba Specjalistów	Wyk. Zawód	238	253	287	305	⇧ 67
	Wszyscy	275	295	328	345	⇧ 70
Liczba specjalistów I st.	Wyk. Zawód	45	43	43	41	⇩ 4
	Wszyscy	45	43	43	42	⇩ 3
Razem	Wyk. Zawód	283	296	330	346	⇧ 63
	Wszyscy	320	338	371	387	⇧ 67

Tabela 4. Zestawienie liczbowe lekarzy psychiatrów i psychiatrów dzieci i młodzieży wg. stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu w latach 2011-2014.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Rejestru Lekarzy RP.

OW NFZ	Liczba lekarzy			Liczba psychologów	
	w trakcie specjalizacji	ze specjalizacją I stopnia	specjalistów	bez specjalizacji	klinicznych
Dolnośląski	65	32	216	243	43
Kujawsko-Pomorski	32	12	159	133	63
Lubelski	55	31	151	260	31
Lubuski	23	24	80	119	9
Łódzki	80	44	243	160	52
Małopolski	86	29	278	364	80
Mazowiecki	160	63	612	635	226
Opolski	12	19	69	75	36
Podkarpacki	27	27	130	183	76
Podlaski	29	19	124	127	11
Pomorski	75	36	225	242	36
Śląski	118	63	396	524	38
Świętokrzyski	21	11	97	102	31
Warmińsko-Mazurski	7	25	87	49	20
Wielkopolski	64	32	271	291	99
Zachodniopomorski	45	27	127	97	52
SUMA	**899**	**494**	**3 265**	**3 604**	**903**

Tabela 5. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – lekarze i psychologowie (niepowtarzające się PESELE) 2014 r.
Źródło: Dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

OW NFZ	liczba psychoterapeutów	Liczba osób ubiegających się o certyfikat psychoterapeuty	Liczba psychoterapeutów uzależnień	Liczba osób ubiegających się o certyfikat psychoterapeuty uzależnień	Liczba instruktorów uzależnień
Dolnośląski	26	81	84	68	71
Kujawsko-Pomorski	33	25	0	12	47
Lubelski	24	96	78	22	22
Lubuski	8	21	64	20	32
Łódzki	95	31	103	21	53
Małopolski	165	204	80	79	45
Mazowiecki	113	72	218	86	69
Opolski	6	21	34	33	16
Podkarpacki	28	29	73	14	29
Podlaski	48	47	69	19	21
Pomorski	33	60	109	37	36
Śląski	164	335	233	96	69
Świętokrzyski	20	43	65	31	20
Warmińsko-Mazurski	6	11	54	16	14
Wielkopolski	31	64	151	69	34
Zachodniopomorski	47	50	65	29	30
SUMA	**847**	**1 190**	**1 480**	**652**	**608**

Tabela 6. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – psychoterapeuci i instruktorzy uzależnień (niepowtarzające się PESELE) 2014 r.
Źródło: Dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

W gronie pracowników medycznych realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień znajdują się osoby wykonujące zawód pielęgniarki, profesjonalnie przygotowane do szeroko rozumianej opieki nad pacjentem w różnym stanie zdrowia, wieku i miejscu zamieszkania pacjenta. Z danych NFZ wynika, że w 2014 r. 1 030 świadczeniodawców zgłosiło 10 767 pielęgniarek oraz 31 położnych do realizacji umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Według danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych - liczba pielęgniarek, które uzyskały dodatkowe kwalifikacje w różnych formach kształcenia podyplomowego, w których treści kształcenia odnosiły się do opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami wyniosła 3 797. W 2014 r. specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego ukończyło 149 pielęgniarek. Łącznie 901 pielęgniarek posiada specjalizację z powyższego zakresu - stan na dzień 31 grudnia 2014 r.

Liczba absolwentów kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych zrealizowanych w latach 2000-2013 wynosi:

1) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego ukończyły łącznie 2 373 pielęgniarki;
2) kurs specjalistyczny z zakresu prowadzenia psychoterapii podstawowej z wykorzystaniem elementów psychoterapii kwalifikowanej ukończyło 176 pielęgniarek;
3) kurs specjalistyczny z zakresu rehabilitacji podopiecznych z zaburzeniami psychicznymi ukończyło 213 pielęgniarek;
4) kurs specjalistyczny z zakresu z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie ukończyły 134 pielęgniarki.

Minister Zdrowia we współpracy z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, realizowało od 1 stycznia 2012 r. projekt systemowy pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”. Projekt współfinansowany był ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, którego celem jest poprawa opieki nad osobami starszymi w Polsce. Uczestnikami projektu byli m.in. terapeuci środowiskowi, którzy w ramach szkoleń zdobyli wiedzę i umiejętności przydatne w codziennej praktyce zawodowej w opiece nad osobami chorymi psychicznie w ich środowisku domowym. W 2014 r. szkolenie ukończyło 71 terapeutów środowiskowych. Łącznie w ramach Projektu zostało przeszkolonych 138 osób (według stanu na dzień 31 grudnia 2014 r.).

Z danych uzyskanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wynika, iż liczba lekarzy

specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wyniosła 387, a liczba psychiatrów dzieci i młodzieży wykonujących zawód wyniosła 346[5], a liczba psychologów klinicznych wyniosła 903. Natomiast liczba osób wykonujących zawód psychologa wyniosła 3 604, a psychoterapeutów pracujących z dziećmi i młodzieżą było 847 – tabela nr 6.

Kadry 2014 r.				
Psychiatrzy dzieci i młodzieży		Psychologowie kliniczni	Psychologowie	Psychoterapeuci
wszyscy	wykonujący zawód			
387	**346**	**903**	**3604**	**847**

Tabela 7. Liczba lekarzy specjalistów w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Mając na uwadze konieczność zwiększania dostępności do profesjonalnej opieki psychiatrycznej Minister Zdrowia systematycznie zwiększa liczbę przyznanych rezydentur dla przyszłych specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży. Ich liczba wzrosła z 28 w 2011 r. do 51 w 2014 r.

Rezydentury przyznane w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży						
Dziedzina medycyny:	2011	2012	2013	2014	2015 (wiosenne postępowanie)	RAZEM:
Psychiatria dzieci i młodzieży	28	45	35	51	67	226

Tabela 8. Liczba rezydentur w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Epidemiologia zaburzeń psychicznych

Mając na uwadze wyniki trzyletniego ogólnopolskiego badania EZOP – Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej, stwierdzono, iż w badanej próbie (10 tys. respondentów w losowej próbie osób między 18-64 rokiem życia), u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV. Wśród nich, co czwarta przebadana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta - trzech i więcej. Grupę tych ostatnich pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, można szacować na blisko ćwierć miliona osób[6].

[5] Z danych uzyskanych przez Naczelną Radę Lekarską, wynika, iż liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wynosiła 402 z czego liczba psychiatrów wykonujących zawód wyniosła 360 w porównaniu do 283 w 2011 r.
[6] W badaniu nie uwzględniono kategorii diagnostycznej dotyczącej zaburzeń osobowości.

U około 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Natomiast zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią łącznie 3,5%, w tym 3% stanowi depresja. Impulsywne zaburzenia zachowania: opozycyjno-buntownicze, zachowania eksplozywne, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi rozpoznawano u 3,5% respondentów (tabela nr 9).

Grupa zaburzeń	Szczegółowe rozpoznanie	Odsetki (CI 95%)	Oszacowania w tys.	Dolna granica w tys.	Górna granica w tys.
Zaburzenia nerwicowe	Agorafobia	0,6 (0,5-0,7)	153,9	122,8	185,0
	Uogólnione zaburzenia lękowe	1,1 (1,0-1,3)	289,9	244,8	335,0
	Napady paniki	0,4 (0,3-0,5)	100,8	76,5	125,1
	Fobie społeczne	1,8 (1,5-2,0)	455,7	395,2	516,2
	Fobie specyficzne	4,3 (3,9-4,6)	1 103,5	1 010,4	1 196,6
	PTSD (Zespół stresu pourazowego)	1,1 (0,8-1,5)	291,7	203,4	380,0
	Neurastenia	1,0 (0,8-1,2)	252,6	199,5	305,7
	Ogółem zaburzenia nerwicowe	9,6 (8,9-10,3)	2 470, 3	2 298, 6	2 641, 9
Zaburzenia nastroju (afektywne)	Depresja	3,0 (2,7-3,3)	766,2	692,8	839,7
	Dystymia	0,6 (0,5-0,8)	160,4	127,9	193,0
	Mania	0,4 (0,3-0,5)	101,1	767,9	125,3
	Ogółem zaburzenia nastroju	3,5 (3,2-3,8)	904, 3	825,1	983,4
Zaburzenia impulsywne	Zaburzenia opozycyjno - buntownicze	0,2 (0,1-0,4)	61,0	24,8	97,2
	ADHD	0,0 (0,0-0,1)	11,2	4,5	17,8
	Zaburzenia zachowania	2,4 (2,0-2,8)	612,8	512,4	713,3
	Zaburzenia eksplozywne	0,8 (0,7-1,0)	204,7	165,0	244,4
	Ogółem zaburzenia impulsywne	3,5 (3,1-4,0)	906,9	789,0	1 024,8

Tabela 9. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski w wieku 18-64 lata.

Stwierdzono, że 20-30% populacji między 18 a 64 rokiem życia narzeka na problemy, tj.: obniżenie nastroju i aktywności, swoiste objawy unikania, przewlekły lęk i drażliwość. Równie często (kilkanaście procent populacji) ujawnione zostały lęki napadowe i społeczne,

napady złości, a względnie rzadko inne stany: np. agorafobia, hipomania, trudności w koncentracji połączone z nadmierną ruchliwością. Większość tych problemów częściej występuje wśród kobiet niż mężczyzn.

Wśród problemów zdrowia psychicznego bardzo istotnych z punktu widzenia konsekwencji zdrowotnych, społecznych i rodzinnych należy szczególną uwagę zwrócić na schizofrenię, depresję oraz samobójstwa.

Schizofrenia to zaburzenia psychiczne z grupy psychoz, charakteryzujące się m.in. zakłóceniami myślenia i spostrzegania, niedostosowanym i spłyconym afektem a także występowaniem urojeń i doznań omamowych. Zdecydowana większość zachorowań na schizofrenię dotyka osób między 18 a 30 rokiem życia. Schizofrenia to choroba o charakterze przewlekłym, a jej bardzo istotnym elementem jest współwystępowanie chorób oraz innych zaburzeń psychicznych. Ryzyko zgonu osób dotkniętych tym zaburzeniem jest 2-3 krotnie wyższe niż w populacji ogólnej, a jedną z przyczyn zwiększonego ryzyka przedwczesnego zgonu jest wyższy niż w populacji ogólnej odsetek popełnianych samobójstw.

Liczba udzielonych świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla osób z rozpoznaniami F21–F29 (zaburzenia schizotypowe i urojeniowe) po 2011 r. malała wynosząc w 2011 r. 184 551, w 2012 r. – 189 677, w 2013 r. – 188 546, natomiast w 2014 r. udzielono 187 021 świadczeń. Tym samym systematycznie spadła liczba osób hospitalizowanych z powodu schizofrenii. W 2011 r. liczba ta wynosiła 55 799, natomiast w 2014 r. 52 387 co oznacza spadek o 6 %.

Województwo	Liczba pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii
Mazowieckie	25 504
Śląskie	22 147
Małopolskie	17 622
Dolnośląskie	13 772
Łódzkie	13 723
Pomorskie	12 678
Wielkopolskie	12 161
Podkarpackie	11 557
Kujawsko-Pomorskie	10 983
Lubelskie	9 615
Podlaskie	8 024
Zachodniopomorskie	7 604
Świętokrzyskie	6 983
Warmińsko-mazurskie	6 790
Opolskie	5 821
Lubuskie	5 341

Tabela 10. Liczba i odsetek pacjentów z rozliczonymi świadczeniami przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach leczenia schizofrenii w 2014 r. według województw.
Źródło: Opracowanie Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego na podstawie danych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Mając na uwadze dane zawarte w tabeli nr 10, najwyższy poziom liczby pacjentów

z rozpoznaniem schizofrenii wystąpił w województwie mazowieckim (25 504; 13,40%), śląskim (22 147; 11,64%) i małopolskim (17 622; 9,26%), a najniższy w województwach: lubuskim (5 341; 2,81%), opolskim (5 821; 3,06%) i warmińsko - mazurskim (6 790; 3,57%).

Przy omawianiu zaburzeń depresyjnych należy zauważyć, iż są one bardzo poważnym i narastającym problemem zdrowotnym - są jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Szacuje się, że obecnie na świecie choruje na depresję 350 mln ludzi[7]. Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku, obniżają możliwość prawidłowego funkcjonowania i bardzo często mają charakter nawracający. Przeprowadzone w 2012 r. w kraju badanie *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP - Polska*, kluczowe dla realizacji podstawowych założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, potwierdziło istnienie problemu depresji w społeczeństwie polskim. Na jego podstawie stwierdzono, że u 3% mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w wieku produkcyjnym, wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. Według przytoczonego badania stanowi to 766 tys. osób, które w ciągu dotychczasowego życia doświadczyły epizodu depresyjnego. Ponadto, wskaźniki depresji rosną wraz z wiekiem (5% osób powyżej 50 roku życia) oraz u dzieci/młodzieży (2% w grupie dzieci 6-12 lat). W ostatnich kilkunastu latach dane z psychiatrycznych jednostek opieki zdrowotnej wskazywały na istotny wzrost zgłaszalności zaburzeń psychicznych. Stwierdzono 100% wzrost w lecznictwie ambulatoryjnym i 50% w lecznictwie stacjonarnym. Z uwagi na to, iż depresja jest chorobą ogólnoustrojową i nie wydaje się możliwym zredukowanie wszystkich czynników ryzyka sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych, istotne jest pogłębianie świadomości społecznej na temat wczesnego rozpoznawania i metod zapobiegania tej chorobie. Dlatego też Minister Zdrowia w 2014 r. przyjął Program psychiatrycznej opieki zdrowotnej - Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019. Infomacje nt. ww. Programu zostały przedstawone w rozdziale II Realizacja zadań określonych w Programie.

Odnosząc się do problematyki samobójstw należy zwrócić uwagę na dane przedstawione w pierwszym raporcie WHO nt. Zapobiegania Samobójstwom („*Preventing suicide: A global imperative"*) według, których rocznie ponad 800 000 osób popełnia samobójstwa, a co 40 sekund w wyniku samobójstw umiera 1 osoba.

W skali globalnej liczba samobójstw jest najwyższa u osób powyżej 70 roku życia. Prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa przez kobiety w wieku ponad 70 lat jest ponad dwa razy wyższe niż u kobiet w wieku 15-29 lat. Jednak w niektórych krajach

[7] Marcus M. Yasamy T.M., van Ommeren M., Chisholm D., Saxena S. Depression. A global Public health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. 2012. World Health Organization

samobójstwa są popełniane najczęściej przez osoby młode. Co więcej, w skali światowej samobójstwa są drugą najczęstszą przyczyną śmierci osób w wieku 15-29 lat. Ogółem z powodu samobójstw umiera więcej mężczyzn niż kobiet. W krajach bogatszych samobójstwa popełnia trzy razy więcej mężczyzn niż kobiet. Szczególnie narażeni na ryzyko są mężczyźni w wieku powyżej 50 lat.

W krajach o niskich i średnich dochodach, samobójstwa wśród osób młodych i starszych kobiet są częstsze niż w odpowiadającej im grupie wiekowej w krajach wysoko rozwiniętych.

W Polsce także niepokojącym zjawiskiem jest rosnąca - na przestrzeni ostatnich 25 lat - liczba popełnionych samobójstw wśród nastolatków (w wieku 15-19 lat) - szczególnie gwałtowny wzrost notowano w latach 90. XX wieku. Na początku lat 90. samobójstwa stanowiły ok. 10% wszystkich zgonów w tej grupie wiekowej, a w 2000 r. – już ponad 16%. Ten wysoki udział nadal się utrzymuje w 2011 r. liczba zamachów samobójczych wśród nastolatków w wieku 15-19 lat wyniosła 284, a w 2014 r. do 526, pomimo istotnego spadku ogólnej liczby zgonów wśród młodych osób - zamachy samobójcze w 2013 r. stanowiły przyczynę prawie 1/5 ich zgonów[8].

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego współczynnik zgonów z powodu samobójstw w 2013 r. wyniósł 1,6 na 10 tys. ludności. W 2014 r. na podstawie danych z Komendy Głównej Policji odnotowano 10 207 zamachów samobójczych, z których 6 165 zakończyło się zgonem (5 237 zamachów dokonali mężczyźni), główną przyczynę zamachów stanowiły nieporozumienia rodzinne oraz choroby psychiczne. Należy zwrócić uwagę, iż od 2013 r. zmienił się sposób gromadzenia i generowania danych statystycznych dotyczących zamachów samobójczych. Wcześniej dane do systemu wprowadzane były po przeprowadzeniu i zakończeniu postępowania: sprawdzającego lub przygotowawczego. Obecnie wprowadzane są bezpośrednio po wydarzeniu jeżeli z okoliczności wynika, że doszło do zamachu samobójczego[9].

Należy podkreślić, iż zachowania samobójcze stanowią złożone zjawisko, na które oddziaływuje wiele czynników takich jak: osobiste, społeczne, psychologiczne, kulturalne, biologiczne i środowiskowe. Dlatego, też działania profilaktyczne samobójstw wymagają koordynacji i współpracy między wieloma sektorami. Działania te muszą być kompleksowe, zintegrowane i synergiczne, odpowiednio do tak złożonego problemu jakim są samobójstwa.

[8] www.who.un.org.pl
[9] http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa/100065,Samobojstwa-2013.html

Rozdział I
Realizacja zadań określonych w Programie:

W niniejszym rozdziale przedstawiono stan realizacji Programu ze wskazaniem zadań, które były realizowane w okresie sprawozdawczym, tj.: 2014 r.
Działania prezentowane są według podmiotów realizujących Program w kolejności wskazanej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2010 r. *w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*.

Minister Zdrowia

Minister Zdrowia jako koordynator Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego prowadził szereg działań wspierających realizację zadań wyszczególnionych w Programie.

W 2014 r. Minister Zdrowia procedował projekt założeń projektu ustawy o zmianie ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* oraz ustawy *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.* Podstawowym celem projektowanej nowelizacji ustawy jest ich dostosowanie do zmienionych uwarunkowań prawnych będących konsekwencją orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Istotą proponowanych zmian jest przede wszystkim zwiększenie gwarancji ochrony praw osób objętych reżimem prawnym ustaw. Pozostałe propozycje zmian – będące wynikiem dotychczasowych doświadczeń Ministerstwa Zdrowia związanych ze stosowaniem ustaw – mają charakter zmian doprecyzowujących i porządkujących. Zakres projektowanej nowelizacji ustaw obejmuje w stosunku do:

1) ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego:
a) wdrożenie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lipca 2013 r. (sygn. akt Kp 1/13) dotyczącego przymusu bezpośredniego poprzez dokonanie zmiany przepisów odnoszących się do przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia,
b) uwzględnienie wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 października 2012 r. w sprawie Kędzior przeciwko Polsce (skarga nr 45026/07), wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 25 listopada 2014 r. w sprawie K. C. przeciwko Polsce (skarga nr 31199/12) oraz decyzji Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 10 marca 2015 r. w sprawie T. T. przeciwko Polsce (skarga nr 3090/13) poprzez zwiększenie uprawnień osób kierowanych do domu pomocy społecznej bez ich zgody oraz doprecyzowanie przepisów dotyczących stron biorących udział w postępowaniach sądowych z przedmiotowego zakresu,
c) zmianę innych przepisów regulujących stosowanie przymusu bezpośredniego poprzez: doprecyzowanie regulacji w zakresie możliwości stosowania przymusu

bezpośredniego na zasadach określonych w ustawie wobec osób wykazujących zaburzenia psychiczne w podmiocie leczniczym innym niż udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, doprecyzowanie przepisów określających obowiązek wyznaczenia lekarzy uprawnionych do dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez marszałka województwa, a także uregulowanie w ustawie podstawowych kwestii w zakresie monitorowania pomieszczenia, w którym realizowany jest przymus bezpośredni w formie izolacji,

d) modyfikację przepisów ustawy w zakresie koordynacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) oraz wprowadzenie obowiązku przedkładania Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej informacji o realizacji NPOZP zgodnie z cyklem sprawozdawczym dla Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), przewidzianym w przyjętej przez Sejm RP w dniu 11 września 2015 r. ustawie o zdrowiu publicznym,
e) uchylenie upoważnienia ustawowego dotyczącego określenia sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
f) zmianę przepisów dotyczących prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych,
g) doprecyzowanie przepisów dotyczących zasad finansowania świadczeń zdrowotnych dla osób wykazujących zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, wobec których sąd orzekł środek zabezpieczający w postaci skierowania na leczenie ambulatoryjne.

W najbliższym czasie projekt po uzgodnieniach, konsultacjach publicznych i opiniowaniu, zostanie skierowany do rozpatrzenia przez Stały Komitet Rady Ministrów.

W ramach działań koordynacyjno-konsultacyjnych w ramach Programu w 2014 r., Ministerstwo Zdrowia współpracowało ze środowiskiem przedstawicieli opieki psychiatrycznej, prowadząc korespondencję m.in.: z Instytutem Psychiatrii i Neurologii, Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym, Polskim Towarzystwem Psychologicznym, Konsultantami krajowymi w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień oraz przewodniczącym Rady do spraw Zdrowia Psychicznego, w kwestii rozważenia priorytetowych działań mogących przyczynić się do poprawy sytuacji opieki psychiatrycznej w Polsce. Wśród głównymi zagadnień, które były przedmiotem ww. korespondencji należy wyóżnić przede wszystkim:

1) uaktualnienie priorytetów promocji zdrowia psychicznego;
2) opracowywanie programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia;

3) wyróżnianie procedur medycznych, elementów opieki psychiatrycznej i obszarów, które mogą zostać objęte standaryzacją i wypracowanymi zaleceniami;
4) określenie listy zawodów oraz ustaleniem szczegółowych zadań podstawowej opieki zdrowotnej niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
5) opracowanie listy tematów badawczych związanych z rozpowszechnieniem i uwarunkowaniami zaburzeń psychicznych.

Dodatkowo, w 2014 r. dla wspierania tworzenia nowego Programu w oparciu o doświadczenia z realizacji bieżącej edycji oraz wychodząc naprzeciw postulatom realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w sposób partycypacyjny, Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło roboczą współpracę z przedstawicielami środowiska opieki psychiatrycznej, organizacji pozarządowych oraz środowiska naukowego w ramach wspierania realizacji zadań wynikających z Programu.

Jednym z najistotniejszych działań Ministra Zdrowia w ramach realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego podjętych w 2014 r. było rozpoczęcie intensywnych prac nad umocowaniem formalno-prawnym Centrów Zdrowia Psychicznego, które w opinii grup ekspertów oraz przedstawicieli środowisk opieki psychiatrycznej i organizacji pozarządowych są bez wątpienia jednym z najistotniejszych elementów Programu. Rozpoczęte prace miały na celu przygotowanie zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, która w sposób znaczący ułatwi kontraktowanie Centrów przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Należy podkreślić, że to właśnie Centra Zdrowia Psychicznego składające się z oddziału szpitalnego psychiatrycznego, oddziału dziennego psychiatrycznego, poradni zdrowia psychicznego i zespołu leczenia środowiskowego mogą zagwarantować kompleksową opiekę psychiatryczną oraz przyczynić się do zwiększenia koordynacji opieki nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi. W opinii Ministerstwa Zdrowia Centra byłyby kontraktowane w zależności od potencjału i możliwości poszczególnych województw. Niezwykle istotne jest by wykorzystać istniejący potencjał poradni zdrowia psychicznego i zespołów leczenia środowiskowego, których z roku na rok jest coraz więcej i umożliwić Narodowemu Funduszowi Zdrowia wspólne kontraktowanie ww. podmiotów.

Ponadto, podczas prac legislacyjnych nad projektem podjęta zostanie próba zmian ustawodawczych, której celem będzie ułatwienie procedury rejestracji Centrów Zdrowia Psychicznego i udogodnień funkcjonalnych, aby mogły zapewniać kompleksową opiekę psychiatryczną w zróżnicowanych formach dla nich przewidzianych – od środowiskowej, przez ambulatoryjną do stacjonarnej, w tym całodobowej.

Odnosząc się do realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2014 r. oraz zmian w strukturze finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki

psychiatrycznej i leczenia uzależnień Minister Zdrowia dokładał wszelkich starań, by Program mógł być realizowany w jak najszerszym obszarze, a podejmowane działania przynosiły spodziewane i zauważalne efekty w poprawie sytuacji opieki psychiatrycznej w kraju. Niemniej jednak podejmowane działania w ramach ochrony zdrowia psychicznego mają wyraźnie odrębny, specyficzny charakter i cechują się wielosektorowością. Należy mieć na uwadze także konieczność realizacji innych zobowiązań Ministra Zdrowia, takich jak: finansowanie procedur wysokospecjalistycznych, realizacja Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, leczenie chorych na hemofilię oraz leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV, a także zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom nieubezpieczonym, m.in. które nie ukończyły 18 roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu, inne niż osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, a także inne niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć jednak, że bieżąca realizacja Programu przynosi pozytywne zmiany w finansowaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, stosownie do potrzeb i rozwoju świadczeń zdrowotnych. Nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wzrosły o 15,38% w 2014 r. w stosunku do 2011 r.

Z uwagi na szczególne znaczenie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) rozpoczęła w 2014 r. przygotowania do prac nad wyceną świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wycena świadczeń psychiatrycznych została uznana za działanie priorytetowe Agencji, konieczne do podjęcia w pierwszej kolejności w ramach planowanych do wykonania w 2015 r. przez Agencję prac w zakresie wyceny świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Agencja w ramach przygotowań do przedmiotowych prac rozpoczęła organizowanie spotkań z przedstawicielami środowisk eksperckich, organizacji pozarządowych oraz organizacji pacjenckich, w celu ustalenia ważnych dla procesu taryfikacji kwestii związanych ze specyfiką opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Opracowanie zawierające wyniki prac nad wyceną świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zostały opublikowane w dniu 30 września 2015 r. obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Dodatkowo 20 lipca 2015 r. został przyjęty przez Komitet Koordynacyjny do spraw Polityki Rozwoju, zatwierdzony w dniu 8 lipca br. przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, dokument pn. „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-

2020" (dalej: Policy paper). Opracowany w 2014 r. Policy paper ma charakter dokumentu wdrożeniowego wobec krajowych dokumentów strategicznych w zakresie programów współfinansowanych przez środki pochodzące z Unii Europejskiej.

Wsparcie działań ze środków unijnych na rzecz ochrony i poprawy zdrowia psychicznego zostało ujęte w tym dokumencie w:

- narzędziu 1: Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami POZ oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentaryzacji opieki nad pacjentem (np. programy profilaktyczne w zakresie psychoz, zaburzeń depresyjnych),
- narzędziu 2: Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu – wspierane będą programy profilaktyczne dotyczące problemów zdrowotnych specyficznych dla danego regionu lub programy profilaktyczne w zakresie obszarów uznanych za priorytetowe i pozwalających przeciwdziałać negatywnym skutkom trendów demograficzno-epidemiologicznych w danym regionie,
- narzędziu 3: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy – projekty dotyczące rehabilitacji medycznej będą obejmowały kompleksowe i zespołowe działania na rzecz osoby, u której stwierdzono chorobę zaliczaną do grupy schorzeń będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej,
- narzędziu 12: Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie),
- oraz w narzędziu 13: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie).

Cel główny 1: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy 1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia

Podjęto próbę aktualizacji priorytetów określonych w 2011 r. (opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia) – z Instytutem Psychiatrii i Neurologii, Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym, Polskim Towarzystwem Psychologicznym, Konsultantami krajowymi w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, Związkiem Pracodawców Opieki

Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień oraz przewodniczącym Rady do spraw Zdrowia Psychicznego. Wskazane podmioty nie wskazały na brak aktualności dotychczas określonych priorytetów.

Cel szczegółowy: 1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Zadanie 1.2.1. opracowanie programu wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym

Po przeprowadzonej szczegółowej analizie dotyczącej dostępnych świadczeń gwarantowanych (w szczególności tzw. „koszyka" świadczeń psychiatrycznych i rehabilitacyjnych) uznano, że realizacja odrębnego programu, obok dostępnych obecnie świadczeń skutkowałaby w podwójnym finansowaniu świadczeń, co byłoby działaniem niecelowym. Podjęto decyzję, że na kwestie wczesnej diagnostyki i interwencji zostanie zwrócona szczególna uwaga podczas prac nad rozporządzeniami określającymi warunki realizacji świadczeń gwarantowanych.

Zadanie 1.2.3. Opracowanie programu zapobiegania samobójstwom.

Minister Zdrowia przygotował w 2014 r. projekt Programu zapobiegania samobójstwom w Polsce, którego głównym celem jest zmniejszenie całkowitej liczby samobójstw oraz zachowań samobójczych w Polsce. Realizacja tego celu będzie się odbywać na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmą: opracowanie standardów postępowania w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia zachowań samobójczych w Polsce, promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę samobójstw w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku. Program będzie objęty finansowaniem ze środków europejskich.

Zadanie 1.2.5. Opracowanie programu zapobiegania depresji.

Minister Zdrowia, w zakresie realizacji ww. zadania opracował Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019, który w dniu 2 grudnia 2014 r. został skierowany do zaopiniowania przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Na realizację programu przeznaczona zostanie kwota 9,1 mln zł. Głównym celem programu będzie wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu będzie się odbywać na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmą: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju, promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania. Realizacja Programu przewidziana jest na 5 lat. Okres ten jest podyktowany doświadczeniem innych państw realizujących narodowe programy zdrowotne z zakresu profilaktyki depresji.

Sposób realizacji zadań przedstawiono poniżej:

1) opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji:
   a) przeprowadzenie konkursu ofert na realizatorów programu dotyczącego opracowania rekomendacji w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji, (zaleca się aby realizatorzy programu mieli doświadczenie zarówno w prowadzeniu badań epidemiologicznych, jak również w dziedzinie zdrowia publicznego i psychiatrii),
   b) zgromadzenie przez wybranych realizatorów danych i przeprowadzenie analizy w zakresie skutecznych metod zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji,
   c) opracowanie i udostępnienie Ministrowi Zdrowia rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w formie plików pdf do pobrania,
   d) bieżące monitorowanie przez ww. realizatorów efektów przeprowadzanych działań w programie; monitorowaniu podlegać będą zarówno efekty kampanii informacyjno-edukacyjnej, jak również działalność wybranych placówek edukacyjnych i systemów opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki depresji w wybranych grupach ryzyka (w tym jednostki POZ, placówki edukacyjne, oddziały geriatryczne i położnicze), na podstawie określonych wcześniej metod działań i wskaźników,
   e) ewaluacja przez ww. realizatorów interwencji określonych w programie, w tym ewaluacja dostępnych danych krajowych o informacje/strategię dot. omawianego problemu zdrowotnego (raport z wykonanego zadania i uzyskanych efektów zdrowotnych, publikacje dot. przeprowadzonych badań epidemiologicznych, określonych rekomendacji) oraz działań wykonywanych przez wybrane jednostki (w tym jednostki POZ, placówki edukacyjne, oddziały geriatryczne i położnicze) i realizatorów kampanii medialnej, na podstawie określonych wcześniej metod działań i wskaźników;
2) edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu:
   a) przeprowadzenie konkursu ofert na realizatora programu kampanii informacyjno-edukacyjnej,
   b) opracowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej skierowanej do całej populacji polskiej (kampania emitowana będzie na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia i w innych wyznaczonych przez realizatorów programu miejscach jak i formach), z uwzględnieniem rekomendacji opracowanych przez realizatorów interwencji pierwszej,
   c) bieżące udostępnianie realizatorom interwencji pierwszej informacji potrzebnych do prowadzenia monitorowania oraz ewaluacji tej części programu przez realizatorów

kampanii informacyjno-edukacyjnej;

3) profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej.

Przewiduje się, iż w trakcie realizacji programu identyfikowane będą kolejne populacje/grupy społeczne wymagające podjęcia działań z zakresu profilaktyki depresji w przyszłości.

Cel szczegółowy: 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadanie 1.3.3. przegląd obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia

oraz

Zadanie 1.3.4. wprowadzenie do obowiązującego ustawodawstwa zmian w celu przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia

W 2014 r. analizowano równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym sygnały płynące ze strony pacjentów, organizacji pozarządowych i innych zainteresowanych podmiotów. Nie zidentyfikowano utrudnień w zapewnieniu równego dostępu, wynikających z przepisów obowiązujących ustaw. W 2014 r. Minister Zdrowia procedował także projekt założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

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

Cel szczegółowy: 2.1 upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadanie 2.1.1. oraz 2.1.2. Opracowanie i realizacja programu zdrowotnego w celu stymulowania restrukturyzacji bazy stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego, w tym finansowania (wysokość środków, zasady alokacji), na podstawie analiz wynikających z regionalnych planów ochrony zdrowia psychicznego w zakresie zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych.

Po przeprowadzonej analizie prawnej, doświadczeniach z realizacji programów zdrowotnych przez Ministerstwo Zdrowia i wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli stwierdzono, że realizacja tego rodzaju programu zdrowotnego nie jest możliwa, z uwagi na fakt, że w przeważającej części program musiałby dotyczyć inwestycji, zmian organizacyjno-prawnych, restrukturyzacji i reorganizacji świadczeniodawców, co nie może być przedmiotem programu zdrowotnego w rozumieniu art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Wsparcie tego rodzaju przekształceń będzie możliwe ze środków europejskich, w ramach których zdrowie psychiczne i deinstytucjonalizacja

są uznane jako priorytetowe kierunki działań.

2.1.1. opracowanie standardów postępowania oraz procedur medycznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem potrzeb środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;

oraz

2.1.2. ustalenie listy zawodów niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie programu ich szkolenia na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym.

W celu realizacji tych zadań zwrócono się do Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Konsultantów krajowych w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień oraz przewodniczącego Rady do spraw Zdrowia Psychicznego.

Zadanie 2.1.9. określenie zasad podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;

W 2014 r. trwały prace nad przygotowaniem zasad udzielania świadczeń gwarantowanych w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego oraz opracowania standardów opieki udzielanej w tych Centrach. Zakończyły się przygotowaniem w 2015 r. projektu zmian w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz zwróceniem się do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii o przygotowanie standardów opieki w CZP.

Cel szczegółowy: 2.4 skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

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

Realizację ww. zadania koordynował Minister Zdrowia.

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

Cel szczegółowy: 3.3. unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej.

Zadanie 3.3.1. opracowanie i wdrożenie zintegrowanego systemu elektronicznego zbierania danych z placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W 2014 r. statystyka publiczna była gromadzona w dotychczasowy sposób w ramach umowy z Instytutem Psychiatrii i Neurologii. Trwały jednocześnie prace nad opracowaniem elektronicznych platform P1 i P2 a także dostosowaniem ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Po uruchomieniu tych systemów, w sytuacji aktualnego i wiarygodnego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą realizacja tego zadania będzie przebiegać w odmienny sposób.

Minister Edukacji Narodowej

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

Cel szczegółowy 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.

Cel szczegółowy 1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Działania wspierające szkoły i placówki oświatowe w realizacji zadań edukacyjnych, wychowawczych i profilaktycznych zawartych w celach szczegółowych 1.1. i 1.2. Programu podejmowane były w ramach Rządowego programu na lata 2014-2016 *Bezpieczna i przyjazna szkoła*.

1. Prowadzenie przez specjalistów ogólnopolskiej infolinii interwencyjno-informacyjnej dla uczniów, w tym ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, ich rodziców, nauczycieli oraz innych podmiotów działających na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży.

Minister Edukacji Narodowej ogłosił konkurs, na realizację zadania publicznego dotyczącego prowadzenia przez specjalistów ogólnopolskiej infolinii interwencyjno-informacyjnej z zakresu bezpieczeństwa uczniów. W konkursie wyłoniono Fundację Dzieci Niczyje, która realizuje to zadanie w okresie od 2014 r. do 2016 r. Fundacja zapewnia obsługę bezpłatnej ogólnopolskiej infolinii obejmującej:

1) Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116111 wraz ze świadczoną pomocą online;
2) Telefon Zaufania dla Rodziców i Nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa dzieci wraz ze świadczoną pomocą online.

W ramach zadania przygotowano serwis internetowy www.800100100.pl dla rodziców, nauczycieli i przedstawicieli podmiotów działających na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży oraz prowadzono serwis internetowy www.116111.pl dla dzieci i młodzieży. Opracowano ulotki edukacyjne adresowane do dzieci i młodzieży oraz ulotki adresowane do rodziców, nauczycieli i przedstawicieli podmiotów działających na rzecz szeroko rozumianego bezpieczeństwa dzieci i młodzieży. Konsultanci Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116111 odebrali 15 389 połączeń oraz odpowiedzieli na 877 wiadomości online. Łącznie w 3 761 sytuacjach prowadzono interwencje edukacyjne, lokalne i kryzysowe.

Osoby kontaktujące się telefonicznie zgłaszały problemy:

1) w funkcjonowaniu w relacjach rówieśniczych (15%);
2) z doświadczaniem przemocy ze strony rówieśników i dorosłych (12%);
3) seksualności i dojrzewania (12%);
4) zdrowia psychicznego (10%), blisko co 10 kontakt dotyczył myśli i prób samobójczych, zaburzeń odżywania, samookaleczenia, stresu, niskiej samooceny, itp.

Serwis merytoryczny www.116111.pl. miał ponad 37 800 odsłon. W 2014 r. przygotowano pod względem technicznym i merytorycznym serwis www.800100100.pl. Prowadzono także działania medialne, przygotowano i rozdystrybuowano informację prasową o możliwej pomocy telefonicznej, którą wysłano do 800 dziennikarzy. W mediach pojawiło się ponad 60 publikacji dotyczących działania linii 116111 i 800100100 oraz współpracy Fundacji z Ministrem Edukacji Narodowej.

Dzięki tym działaniom dzieci i młodzież korzystające z bezpłatnego Telefonu 116111 otrzymały wsparcie psychologiczne i profesjonalną pomoc w rozwiązywaniu problemów. Bezpłatną pomoc konsultantów otrzymywali również rodzice i nauczyciele w trudnych sytuacjach dotyczących dzieci.

2. Bezpieczna i przyjazna szkoła – ocena szkół i placówek systemu oświaty realizujących politykę ochrony dzieci przed agresją i przemocą.

Drugi konkurs, realizowany przez Ministra Edukacji Narodowej w 2014 r. w ramach Rządowego programu *Bezpieczna i przyjazna szkoła*, dotyczył programu oceny szkół i placówek systemu oświaty realizujących politykę ochrony dzieci przed agresją i przemocą według standardów tej ochrony. Celem tego zadania było zwiększenie skuteczności działań wychowawczych i profilaktycznych na rzecz bezpieczeństwa dzieci i tworzenia przyjaznego środowiska w szkołach i placówkach oświatowych, w szczególności przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci ze strony personelu szkół i placówek oraz rówieśników, a także przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Zadanie to było realizowane również przez Fundację Dzieci Niczyje. W 2014 r. Fundacja we współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej przeprowadziła badanie sondażowe pn.: *Polityka ochrony dzieci przed krzywdzeniem oraz istniejących potrzeb w tym zakresie w szkołach i placówkach systemu oświaty.* Badanie ankietowe przeprowadzono łącznie na grupie: 1 077 dyrektorów przedszkoli, 526 pracowników przedszkoli, 2 237 dyrektorów szkół, 1 886 pracowników szkół. Ankieta dostępna była na stronie www.fdn.pl. Dostęp do ankiety uzyskali: kuratorzy oświaty, organy prowadzące szkoły i placówki oświatowe, wybrane szkoły, placówki doskonalenia nauczycieli. Ankieta została także zamieszczona na 10 portalach poświęconych edukacji. Ankietą objęto 5 726 osób. Wyniki badania sondażowego zostały udostępnione na stronie Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Ponadto Fundacja przygotowała portal Chronimy Dzieci, który służy szkołom i placówkom w realizacji projektu. Na portalu tym szkoły i placówki mogą się rejestrować i monitorować proces certyfikacji oraz oceniać poziom spełniania wymagań. Zaprojektowany został wzór certyfikatu, który został zaakceptowany przez Ministra Edukacji Narodowej. Szkoły przystępujące do programu są zobowiązane wprowadzić następujące standardy:

1) Standard 1. Placówka ustanowiła i wprowadziła w życie dokument *Polityka ochrony dzieci przed krzywdzeniem i zapewnienie im bezpieczeństwa;*
2) Standard 2. Placówka monitoruje swoich pracowników w celu zapobiegania krzywdzeniu dzieci;
3) Standard 3. Placówka zapewnia swoim pracownikom edukację w zakresie ochrony dzieci przed krzywdzeniem i pomocy dzieciom w sytuacjach zagrożenia;
4) Standard 4. Placówka oferuje rodzicom edukację w zakresie wychowania dzieci bez przemocy oraz ochrony ich przed przemocą i wykorzystywaniem;
5) Standard 5. Placówka oferuje dzieciom edukację w zakresie praw dziecka oraz ochrony przed zagrożeniami przemocą i wykorzystywaniem;
6) Standard 6. Placówka monitoruje i okresowo weryfikuje zgodność prowadzonych działań z przyjętymi zasadami ochrony dzieci.

W ramach przygotowania narzędzi merytorycznych do szkoleń i prowadzenia zajęć z dziećmi i młodzieżą powstały scenariusze zajęć:

1) trzy scenariusze zajęć dla dzieci w zakresie profilaktyki agresji i przemocy, w tym wykorzystywania, adresowane do dzieci w wieku przedszkolnym, uczniów klas I-III oraz klas IV-VI. Celem zajęć opisanych w scenariuszach jest przekazanie dzieciom wiedzy na temat zagrożeń oraz rozwijanie ich umiejętności ochrony w sytuacjach wystąpienia zagrożenia przemocą. Scenariusze zajęć można bezpłatnie pobrać pod adresem: www.edukacja.fdn.pl;
2) dziewięć scenariuszy szkoleń przygotowujących nauczycieli do prowadzenia zajęć profilaktycznych:
   a) dla przedszkoli i szkół podstawowych,
   b) dla gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych,
   c) scenariusz dotyczący bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w Internecie;
3) scenariusze szkoleń dotyczących: standardów ochrony dzieci przed krzywdzeniem oraz tworzenia polityki ochrony dzieci, identyfikacji symptomów krzywdzenia dzieci, podejmowania interwencji w przypadku krzywdzenia dzieci, prawnych aspektów ochrony dzieci przed krzywdzeniem, problematyki bezpieczeństwa i zagrożeń w Internecie oraz przemocy rówieśniczej.

Przygotowane scenariusze zajęć dla dzieci zostały sprawdzone podczas zajęć pilotażowych przeprowadzonych w przedszkolu i w szkole podstawowej.

3. Konferencje:

1) Ogólnopolska konferencja pn.: *Przemoc rówieśnicza – praktyczna profilaktyka*.

Konferencja skierowana była do kadry pedagogicznej szkół, dyrektorów i pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków doskonalenia nauczycieli oraz bibliotek pedagogicznych. Wzięło w niej udział 100 osób.

Spotkanie poświęcone było problematyce zwiększania skuteczności działań wychowawczych i profilaktycznych na rzecz bezpieczeństwa i tworzenia przyjaznego środowiska w szkołach. Wykłady wprowadzające koncentrowały się na przedstawieniu wniosków z ewaluacji zewnętrznych prowadzonych w szkołach w ramach sprawowanego nadzoru pedagogicznego, a dotyczących bezpieczeństwa w szkole oraz kluczowych zagadnień związanych z zapobieganiem agresji i przemocy w szkole. Praca przebiegała w trzech panelach tematycznych:

a) *Młodsze dzieci – mały problem z agresją rówieśniczą?,*
b) *Nastolatki a agresja rówieśnicza – co działa a co nie działa w profilaktyce,*
c) *Czy agresja rówieśnicza dotycząca dzieci ze specjalnymi potrzebami wymaga specjalnych rozwiązań?.*

Wnioski z konferencji i rekomendacje do dalszych działań zostały przedstawione na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ośrodka Rozwoju Edukacji[10].

2) Ogólnopolska konferencja *pn.: Zwiększanie skuteczności działań wychowawczych i profilaktycznych*.

Konferencję zaadresowano do przedstawicieli Zespołu Koordynującego przy Ministrze Edukacji Narodowej, kuratorów oświaty oraz przedstawicieli wojewódzkich zespołów koordynujących Program w województwach. W spotkaniu uczestniczyły 93 osoby.

Celem konferencji było projektowanie i wdrażanie skutecznych działań profilaktycznych i wychowawczych w szkołach. Podjęte tematy to:

a) tworzenie zdrowego, bezpiecznego i przyjaznego środowiska szkoły i placówki,
b) zapobieganie zachowaniom problemowym dzieci i młodzieży,
c) promowanie zdrowego stylu życia,
d) zmniejszenie poziomu używania substancji psychoaktywnych przez młodzież,
e) radzenie sobie z agresją, przemocą, cyberprzemocą,
f) zapobieganie zaburzeniom zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w tym przeciwdziałanie występowaniu depresji i samobójstw.

3) Ogólnopolska konferencja pn.: *Przeciwdziałanie przemocy rówieśniczej wobec dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej*.

Konferencję skierowano do: kadry pedagogicznej szkół, dyrektorów i pracowników poradni

[10] Ośrodek Rozwoju Edukacji jest ogólnopolską placówką doskonalenia nauczycieli podległą Ministrowi Edukacji Narodowej

psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków doskonalenia nauczycieli. Jej celem było zaprezentowanie praktycznych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania przemocy rówieśniczej wobec dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej. Odbyły się cztery tematyczne panele dyskusyjne:

a) uczniowie z autyzmem i zespołem Aspergera,
b) uczniowie z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD),
c) dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną,
d) dzieci i młodzież z zaburzeniami zachowania.

W czasie debaty i pracy warsztatowej uczestnicy mieli możliwość podzielenia się praktycznymi rozwiązaniami w zakresie przeciwdziałania agresji i przemocy w klasie szkolnej.

Wnioski z konferencji i rekomendacje do dalszych działań zostały przedstawione na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ośrodka Edukacji Narodowej.

4. Szkolenia dla liderów profilaktyki agresji i przemocy.

Szkolenia zaadresowano do pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz pracowników placówek doskonalenia nauczycieli. Ich celem było przygotowanie w każdym województwie liderów profilaktyki agresji i przemocy rówieśniczej, którzy nabytą wiedzę przekażą nauczycielom i radom pedagogicznym w swoich lokalnych środowiskach. Program szkoleń zawierał nowoczesne podejście do rozwiązywania problemu agresji i przemocy w szkole lub placówce w oparciu o sprawdzone przykłady pozytywnych rozwiązań stosowanych na świecie. Przeszkolono ogółem 100 osób z całej Polski. Opublikowano też *Listę Liderów* http://www.ore.edu.pl/liderzy-profilaktyki-agresji-i-przemocy. Ponadto powstała odrębna strona internetowa poświęcona temu tematowi, z której można pobrać m.in. materiały nt.:

a) zapobieganie agresji i przemocy w szkole,
b) profilaktyka agresji i przemocy.

5. Działania zrealizowane na poziomie wojewódzkim.

Na poziomie wojewódzkim zadania wynikające z Programu były dofinansowane w ramach udzielanych dotacji i realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego i przez organizacje pozarządowe. Zawarto łącznie 204 umowy z organizacjami pozarządowymi i jednostkami samorządu terytorialnego na łączną kwotę 5 315 797,84 zł., uwzględniającą wkład własny podmiotów podejmujących zadania publiczne. O wyborze projektów decydowała diagnoza problemów występujących w środowisku szkolnym i przygotowany plan działań naprawczych, a także skierowanie działań do całego środowiska szkolnego, w tym nauczycieli, uczniów, ich rodziców lub opiekunów oraz innych pracowników szkoły i placówki. Ważnym kryterium mającym wpływ na wybór projektów były działania

naprawcze realizowane we współpracy z podmiotami ważnymi w szkole i w środowisku lokalnym.

W działaniach zrealizowanych w szkołach i placówkach udział wzięło:

1) 98 334 uczniów, w tym 67 997 uczniów, jako odbiorców bezpośrednich, 30 337 uczniów, jako odbiorców pośrednich;
2) 10 663 nauczycieli, w tym 8 134 nauczycieli, jako odbiorców bezpośrednich, 2 529 nauczycieli, jako odbiorców pośrednich;
3) 32 725 rodziców, w tym 11 930 rodziców, jako odbiorców bezpośrednich, 20 795 rodziców, jako odbiorców pośrednich;
4) 36 478 przedstawicieli środowiska lokalnego, w tym 3 441 przedstawicieli środowiska lokalnego, jako odbiorców bezpośrednich oraz 33 037 przedstawicieli środowiska lokalnego, jako odbiorców pośrednich.

Ewaluacja zrealizowanych projektów świadczyła o licznych zmianach jakościowych w środowisku szkolnym. W ramach celu szczegółowego nr 1 Programu pn. *Kreowanie zdrowego, bezpiecznego i przyjaznego środowiska szkoły i placówki* wskazano na następujące zmiany:

1) dotyczące uczniów: wzrost poczucia bezpieczeństwa w szkole, poprawa relacji społecznych, nabycie umiejętności prawidłowej komunikacji i rozwiązywania konfliktów, zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem i agresją;
2) dotyczące nauczycieli: zwiększenie kompetencji komunikacyjnych, nabycie umiejętności rozpoznawania potrzeb wychowawczych uczniów, poszerzenie wiedzy i umiejętności z zakresu stosowania konstruktywnej informacji zwrotnej, zwiększenie świadomości w zakresie poszerzenia kompetencji wychowawczych;
3) dotyczące rodziców: poznanie nowych metod pracy wychowawczej z dziećmi, doskonalenie umiejętności porozumiewania się z dziećmi, sposobów prowadzenia rozmowy w sytuacjach problemowych, adekwatnego reagowania na niepokojące zachowania dzieci, wspierania ich, poznanie na czym polega świadome uczestniczenie w wychowaniu dzieci.

Wśród działań zrealizowanych przez Ośrodek Rozwoju Edukacji – ORE należy wymienić:

1. Rozwijanie sieci szkół promujących zdrowie w ramach europejskiego projektu *Szkoły dla Zdrowia Europy* (SHE). W ramach tego projektu w 2014 r. podjęto następujące działania:
   1) opracowano i zmodyfikowano narzędzia do prowadzenia autoewaluacji działań w szkole promującej zdrowie;
   2) przeprowadzono szkolenie i seminarium dla przedstawicieli szkół promujących zdrowie dotyczące przeprowadzania autoewaluacji i podnoszenia jakości pracy szkół

promujących zdrowie, w tym tworzenia szkolnej polityki zdrowego żywienia i aktywności fizycznej;

3) zorganizowano trzy seminaria w ramach trzyletniego pilotażowego projektu pn. *Promocja zdrowia w społeczności szkolnej*. Głównym celem tego projektu jest promocja zdrowia pracowników szkoły i implementacja dobrych praktyk. Działania obejmują nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz rodziców.

2. Podnoszenie jakości realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, w ramach której:

1) przeprowadzono szkolenie dla nauczycieli konsultantów oraz doradców metodycznych ds. wychowania fizycznego, którego celem było przygotowanie kadry do szkolenia nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej;
2) opracowano i udostępniono na stronie ORE materiały edukacyjne z zakresu edukacji zdrowotnej oraz przykłady dobrych praktyk;
3) zaktualizowano materiały z zakresu edukacji zdrowotnej i opublikowano trzy poradniki: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli: szkoły podstawowej, gimnazjum i* szkoły ponadgimnazjalnej, *Wspólne drugie śniadanie w szkole* i *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej.*

ORE upowszechniało także informacje o programach z zakresu promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki spełniające kryteria dobrej jakości. Z informacji korzystają w głównej mierze dyrektorzy szkół, nauczyciele, szkolni specjaliści oraz pracownicy instytucji samorządowych dofinansowujących działania profilaktyczne.

W obszarze profilaktyki zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży upowszechniano następujące programy:

1) *Szkoła dla Rodziców i Wychowawców* - program zwiększający kompetencje wychowawcze rodziców i nauczycieli.

W ramach programu zorganizowano seminarium pt. *Tworzenie i zarządzanie programem wychowawczym szkoły i placówki oświatowo-wychowawczej* dla edukatorów-koordynatorów Programu. Ponadto, odbyła się międzynarodowa konferencja oraz 8 regionalnych seminariów organizowanych przez koordynatorów wojewódzkich, podczas których zaprezentowana została idea i koncepcja programu *Szkoła dla rodziców i wychowawców*. Ogółem w spotkaniach tych wzięło udział 325 osób z terenu całego kraju.

2) *Golden Five* – program adresowany do nauczycieli i uczniów gimnazjum. W 2014 r. program był upowszechniany przez 118 instruktorów z terenu całego kraju. Jego celem jest wspieranie procesu adaptacji uczniów w gimnazjach, zwłaszcza w I klasach, m.in. poprzez zarządzanie klasą, a także budowanie pozytywnego klimatu.

W zakresie szkoleń i konferencji dla specjalistów z zakresu rozpoznawania problemów z obszaru zdrowia psychicznego u młodzieży oraz przygotowanie ich do wspierania nauczycieli w pracy z uczniami z grup ryzyka zorganizowano:

1) Szkolenie pn. *Rozwiązywanie konfliktów w szkole z uwzględnieniem metody negocjacji i mediacji.*

Szkolenie było adresowane do 64 pracowników placówek doskonalenia nauczycieli, pracowników merytorycznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, dyrektorów przedszkoli, szkół i placówek, specjalistów zatrudnieniowych w szkole, zajmujących się realizacją zadań związanych z pomocą psychologiczno-pedagogiczną. Celem szkolenia było przygotowanie liderów do wspierania szkoły w radzeniu sobie z sytuacjami konfliktowymi w szkole, promowanie idei dialogowego rozwiązywania konfliktów w szkole i placówce oraz doskonalenie umiejętności rozwiązywania konfliktów.

2) Szkolenie pn. *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*.

Szkolenie dotyczyło zagadnień: etycznych, rozpoznawania potrzeb uczniów, budowania strategii, realizacji i monitorowania działań, profilaktyki zaburzeń psychicznych na przykładzie zaburzeń odżywiania się, skuteczności działań profilaktycznych, problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. Celem szkolenia było przygotowanie oświatowych specjalistów do rozpoznawania problemów młodzieży i wspieranie szkół w prowadzeniu działań zapobiegawczych.

3) Szkolenie pn. *Szkoła i uczeń wobec mobilności zawodowej rodziców i opiekunów.*

Szkolenie skierowano do psychologów i pedagogów szkolnych oraz specjalistów placówek doskonalenia nauczycieli. Jego celem było zapoznanie uczestników ze zjawiskiem migracji rodziców do pracy za granicą oraz jej skutkami w aspektach: demograficznym, socjologicznym, psychologicznym i prawnym. W trakcie szkolenia przekazano wiedzę dotyczącą m.in. form wspomagania nauczycieli, pedagogów i innych pracowników szkoły w kontaktach z uczniami z rodzin migracyjnych, a także sposobów wspierania uczniów i ich rodzin.

4) Konferencję pn. *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole.*

W konferencji uczestniczyło 101 osób, przedstawicieli szkół i placówek oświatowych. Uczestników zapoznano z koncepcją salutogenezy i jej implikacjami dla działań wspierających zdrowy rozwój psychiczny dzieci i młodzieży. Zaprezentowano również wyniki polskich i zagranicznych badań dotyczących zdrowia psychicznego nauczycieli, jak również omówiono przebieg kryzysu psychicznego oraz najważniejsze zasady prowadzenia interwencji kryzysowej.

ORE przygotował liczne publikacje w formie elektronicznej dla nauczycieli i rodziców, które zostały zamieszczone na stronie internetowej. Są to:

1) Dzieci i młodzież w kryzysie;

2) Koncepcja salutogenezy i jej implikacje dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży;
3) Problemy z odżywianiem wśród uczniów;
4) Zdrowie psychiczne nauczycieli;
5) Klimat i kultura szkoły a zdrowie psychiczne uczniów i nauczycieli;
6) Powrót ucznia do równowagi rola środowiska szkolnego;
7) Ryzyko używania narkotyków przez młodzież. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców;
8) Zagrożenia w Internecie. Zapobieganie − reagowanie − cyberprzemoc;
9) Przemoc rówieśnicza – o czym musimy pamiętać a często zapominamy;
10) Rozważania o wychowaniu. W poszukiwaniu teoretycznych podstaw koncepcji wychowawczej szkoły;
11) Wychowanie do odpowiedzialności – wspomaganie rozwoju społecznego i moralnego dziecka;
12) Migracja zawodowa rodziców. Zeszyt Metodyczny nr 8;
13) Pomoc psychologiczno-pedagogiczna jako wsparcie działań wychowawczych i profilaktycznych;
14) Zaburzenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Przeciwdziałanie depresji, próbom samobójczym i samobójstwom;
15) Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Rekomendowane działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego oraz szkoły i placówki systemu oświaty;
16) Tworzenie i realizowanie całościowej polityki w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkole i placówce;
17) Artykuły opublikowane w czasopiśmie internetowym TRENDY, dostępne pod adresem: http://www.ore.edu.pl/trendy-2;
18) Numer 1/2014 - Zasady i granice w profilaktyce problemowych zachowań dzieci w młodszym wieku szkolnym.

Cel szczegółowy 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadanie: 1.3.1. organizowanie we współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia kampanii informacyjnych i społecznych motywujących środowisko szkolne i pozaszkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działalność edukacyjna, wychowawcza i profilaktyczna szkół i placówek w zakresie zwiększenia integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi jest realizowana poprzez realizację zadań antydyskryminacyjnych. Szkoły i placówki działaniami antydyskryminacyjnymi obejmują całą społeczność szkoły lub placówki. Działania te dotyczą, m.in. podniesienia świadomości, wiedzy i umiejętności nauczycieli w rozpoznawaniu

i radzeniu sobie z dyskryminacją, przemocą i mową nienawiści w szkole. Realizowane działania w zakresie doskonalenia nauczycieli polegają na uzupełnieniu ich wykształcenia kierunkowego obejmującego treści i umiejętności z różnych obszarów możliwych problemów, z którymi może spotkać się nauczyciel, realizując zadania wychowawcze, opiekuńcze i dydaktyczne.

Dyskryminacja i przemoc motywowane uprzedzeniami, w tym przemoc ze względu na płeć, zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania oraz zaburzenia psychiczne stanowią treści kształcenia w zakresie przygotowania psychologiczno-pedagogicznego nauczycieli.

Cel szczegółowy: 1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego.

Zadanie:1.4.2. realizacja programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty.

W systemie oświaty pomoc w stanach kryzysu psychicznego skierowana, do uczniów i wychowanków, ich rodziców lub opiekunów, nauczycieli i wychowawców oraz innych pracowników szkoły lub placówki oświatowej jest realizowana poprzez udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach i placówkach[11] oraz w poradniach psychologiczno-pedagogicznych[12], w tym specjalistycznych.

Podstawą do uruchomienia pomocy dziecku jest rozpoznanie przez: nauczyciela, pomoc nauczyciela, asystenta edukacji romskiej, pielęgniarki, kuratora sądowego lub asystenta rodziny - jego potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, zarówno trudności dziecka, jak i jego szczególnych uzdolnień w celu udzielenia wsparcia odpowiadającego rozpoznanym potrzebom. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w szkole jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz w formie klas terapeutycznych, zajęć rozwijających uzdolnienia, zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, zajęć specjalistycznych, warsztatów, porad i konsultacji, a w przypadku gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych także zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest także rodzicom uczniów oraz nauczycielom w formie: porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń.

[11] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. *w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* (Dz. U. poz. 532),

[12] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. *w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych* (Dz. U. poz. 199).

Liczba uczniów korzystających z zajęć p-p						
Typ szkoły	dydaktyczno-wyrównawczych	korekcyjno-kompensacyjnych	logopedycznych	socjo-terapeutycznych	innych terapeutycznych	Liczba uczniów objętych zajęciami p-p ogółem
szkoła podstawowa	510 862	173 068	185 115	32 718	62 041	963 804
gimnazjum	246 728	50 058	11 870	18 837	27 612	355 105
zasadnicza szkoła zawodowa	9 765	2 748	1 356	2 486	2 899	19 254
liceum ogólnokształcące	21 053	2 557	431	1 648	3 680	29 369
liceum profilowane	417	24	23	25	44	533
technikum	28 085	2 869	279	1 620	3 645	36 498
technikum uzupełniające	33	4	28	3	2	70
szkoła policealna (ponadgimnazjalna)	138	24	37	114	49	362
Razem	**817 081**	**231 352**	**199 139**	**57 451**	**99 972**	**1 404 995**

Tabela 11. Liczba uczniów objętych poszczególnymi zajęciami z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej (p-p) wykazanych w Systemie Informacji Oświatowej według danych na 31 marca 2014 r.
Źródło: Minister Edukacji Narodowej.

Dyrektor szkoły, organizując pomoc psychologiczno-pedagogiczną, współpracuje z: poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, rodzicami uczniów, placówkami doskonalenia nauczycieli, innymi przedszkolami, szkołami i placówkami, a także z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne[13] zapewniają profesjonalne wsparcie w rozwiązywaniu problemów edukacyjno-wychowawczych poprzez prowadzenie m.in. działań diagnostycznych, terapeutycznych, a także realizację działań profilaktycznych. Odbiorcy usług poradni to zarówno dzieci – w wieku już od urodzenia, młodzież, rodzice oraz nauczyciele i wychowawcy.

[13] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. *w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych* (Dz. U. poz. 199).

W 2014 r. funkcjonowało łącznie 839 poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym 560 publicznych oraz 19 poradni publicznych specjalistycznych, 235 poradni niepublicznych oraz 25 poradni niepublicznych specjalistycznych. Do zadań poradni należy: diagnozowanie dzieci i młodzieży, udzielanie pomocy bezpośredniej uczniom oraz rodzicom, realizacja zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję przedszkola, szkoły i placówki, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktyczno-wychowawczych oraz wspomaganie przedszkoli, szkół i placówek w realizacji zadań edukacyjnych, wychowawczych i profilaktycznych, polegające m.in. na:

1) udzielaniu nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych lub specjalistom pomocy w rozpoznawaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży;
2) udzielaniu nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych lub specjalistom pomocy w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych;
3) podejmowaniu działań z zakresu profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży;
4) prowadzeniu edukacji dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży, rodziców i nauczycieli;
5) udzielaniu, we współpracy z placówkami doskonalenia nauczycieli i bibliotekami pedagogicznymi, wsparcia merytorycznego nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych i specjalistom pracującym z dzieckiem.

W poradniach zatrudniani są specjaliści przygotowani do realizacji, określonych w obowiązujących aktach prawnych, zadań związanych z działalnością: diagnostyczną, terapeutyczną, profilaktyczną i doradczą. Są to w szczególności: psycholodzy, pedagodzy, logopedzi, doradcy zawodowi, jak również rehabilitanci ruchowi oraz lekarze różnych specjalności. W roku szkolnym 2013/2014 publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne objęły diagnozą psychologiczną, pedagogiczną, logopedyczną i lekarską 1 084 299 dzieci i młodzieży.

Nazwa rodzaju diagnozy przeprowadzonej przez poradnię	**Nazwa grupy osób**						**Razem**
	dzieci do 3 roku życia	**dzieci w wieku przedszkolnym**	**uczniowie szkół podstawowych**	**uczniowie gimnazjów**	**młodzież nie ucząca się i nie pracująca**	**uczniowie szkół ponadgimnazj**	
psychologiczna	9 189	124 916	216 488	65 627	985	24 095	**441 300**
pedagogiczna	4 389	93 184	212 414	58 062	464	16 440	**384 953**
logopedyczna	8 030	112 231	47 976	4 592	340	1 577	174 746
lekarska	1 894	9 145	17 184	11 223	84	5 684	45 214

rehabilitanta	1 013	2 406	1 506	199	11	97	5 232
związana z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej	16	560	1 343	20 788	342	9 805	32 854
Razem	**24 531**	**342 442**	**496 911**	**160 491**	**2 226**	**57 698**	**1 084 299**

Tabela 12. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych wg danych SIO (stan na dzień 30 września 2014 r.).
Źródło: Minister Edukacji Narodowej.

Udzielanie bezpośredniej pomocy dzieciom i młodzieży oraz rodzicom przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, polega w szczególności na prowadzeniu terapii dzieci i młodzieży oraz ich rodzin oraz udzielaniu pomocy rodzicom w rozpoznawaniu potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży oraz w rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych zarówno w szkole, jak i w życiu codziennym.

Formy pomocy świadczonej przez poradnie	**uczniowie szkół podstawowych**	**uczniowie gimnazjów**	**młodzież nie ucząca się i nie pracująca**	**uczestnicy form trwających ponad 3 miesiące**	**uczniowie szkół ponadgimnazjalnych**	**razem**
Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne	17 487	2 181	37	18 127	348	38 180
Terapia logopedyczna	25 659	1 698	36	58 933	776	87 102
Socjoterapia	4 294	1 756	27	3 793	410	10 280
Zajęcia z uczniami zdolnymi	2 187	915	47	1 593	631	5 373
Terapia dla zagrożonych uzależnieniami	106	351	94	321	300	1 172
Zajęcia grupowe aktywizujące do wyboru kierunku kształcenia i zawodu	9 464	106 914	32	2 344	46 285	165 039
Ćwiczenia rehabilitacyjne	1 397	140	3	3 881	51	5 472
Inne formy pomocy indywidualnej	32 947	9 746	577	14 108	5 320	62 698
Inne formy pomocy grupowej	44 574	28 975	425	16 878	22 690	113 542
Porady bez badań	37 745	18 905	1 327	-	9 365	67 342
Porady po badaniach przesiewowych	25 775	1 835	-	-	-	27 610
Badania przesiewowe słuchu - program "Słyszę"	14 300	941	4	-	117	15 362
Badania przesiewowe wzroku - program "Widzę"	7 092	416	-	-	33	7 541
Badania przesiewowe - program "Mówię"	5 375	116	-	-	12	5 503
Terapia psychologiczna, w tym psychoterapia	9 704	6 083	1 009	14 070	4 640	35 506
Indywidualne porady zawodowe na podstawie badań	-	12 563	137	-	5 862	18 562
Indywidualne porady zawodowe bez badań	2 590	10 347	132	-	5 150	18 219
Mediacje i negocjacje	1 139	1 021	39	252	420	2 871
Inne zajęcia o charakterze	11 863	4 362	168	9 484	1 561	27 438

terapeutycznym						
Zajęcia grupowe prowadzone w szkołach i placówkach oświatowych	134 851	90 956	381	8 134	74 867	309 189
Grupy wsparcia	611	580	422	786	780	3 179
Interwencja kryzysowa	1 889	2 025	70	157	1 799	5 940
Razem	**391 049**	**302 826**	**4 967**	**152 861**	**181 417**	**1 033 120**

Tabela 13. Formy pomocy bezpośredniej dla uczniów szkół realizowane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2013/2014, wykazane w Systemie Informacji Oświatowej według danych na 31 marca 2014 r.
Źródło: Minister Edukacji Narodowej.

Poradnie psychologiczno-pedagogiczne wydają również opinie w różnych sprawach związanych z edukacją i wychowaniem.

Rodzaj opinii	**Nazwa grupy osób**						**Razem**
	dzieci do 3 roku życia	dzieci w wieku przedszkolnym	uczniowie szkół podstawowych	uczniowie gimnazjów	młodzież nie ucząca się i nie pracująca	uczniowie szkół ponadgimnazjalnych	
wczesnego wspomagania rozwoju dziecka	3 690	8 754	0	0	0	0	**12 444**
wcześniejszego przyjęcia dziecka do szkoły podstawowej	0	595	0	0	0	0	**595**
odroczenia rozpoczęcia spełniania przez dziecko obowiązku szkolnego	0	45 770	0	0	0	0	**45 770**
zwolnienia ucznia z nauki drugiego języka obcego	0	0	404	420	0	226	**1 050**
objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej	0	0	912	634	0	142	**1 688**
dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb edukacyjnych ucznia	0	0	57 027	14 977	0	2 832	**74 836**
udzielenie zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki	0	0	859	1 022	0	922	**2 803**
przyjęcia ucznia gimnazjum do oddziału przysposabiającego do pracy	0	0	0	4 140	0	0	**4 140**
pierwszeństwa w przyjęciu ucznia z problemami zdrowotnymi do szkoły ponadgimnazjalnej	0	0	0	1 093	0	0	**1 093**
zezwolenia na zatrudnienie młodocianego w celu przyuczenia do wykonywania określonej pracy lub nauki zawodu	0	0	0	894	6	651	**1 551**
braku przeciwwskazań do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych	0	0	0	0	8	163	**171**
objęcie dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu	559	29 260	0	0	0	0	**29 819**

objęcia dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole lub placówce	0	0	95 857	15 610	0	2 766	**114 233**
inne opinie o przebadanych	1 899	25 048	26 520	7 806	337	3 348	**64 958**
o specyficznych trudnościach w uczeniu się	0	0	44 311	8 897	0	2 456	**55 664**
o której mowa w art. 16 ust. 10 pkt 2 lit. a *ustawy o systemie oświaty*	0	674	1 501	176	0	24	**2 375**
Razem	**6 148**	**110101**	**227391**	**55 669**	**351**	**13 530**	**413 190**

Tabela 14. Rodzaje i liczba opinii wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne wg danych SIO z dnia 30 września 2014 r.
Źródło: Minister Edukacji Narodowej.

Dla każdego ucznia posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego[14] opracowywany został indywidualny program edukacyjno–terapeutyczny (IPET), który zawiera:

1) zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia;
2) zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, w tym w przypadku uczniem niepełnosprawnym - działania o charakterze rewalidacyjnym;
3) formy i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane, ustalone przez dyrektora przedszkola lub szkoły;
4) działania wspierające rodziców ucznia oraz w zależności od potrzeb: zakres współdziałania z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, specjalnymi ośrodkami szkolno-wychowawczymi, młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi, młodzieżowymi ośrodkami socjoterapii, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży;
5) zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne i socjoterapeutyczne oraz inne zajęcia, odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia, a w przypadku ucznia gimnazjum i szkoły ponadgimnazjalnej – także działania z zakresu doradztwa edukacyjno-zawodowego i sposób realizacji tych działań;
6) zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami ucznia w celu zapewnienia:
   a) realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego,

[14] Wydane przez zespół orzekający publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, z uwagi na niepełnosprawność, zagrożenie niedostosowanie społecznym lub niedostosowanie społeczne.

b) odpowiednich, ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia, warunków do nauki, sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych,
c) zajęć specjalistycznych, o których mowa w przepisach w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach,
d) innych zajęć odpowiednich ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia, w szczególności zajęć rewalidacyjnych, resocjalizacyjnych i socjoterapeutycznych,
e) przygotowania uczniów do samodzielności w życiu dorosłym[15].

Ponadto, dzieci i młodzież realizując obowiązek szkolny lub obowiązek nauki, odpowiednio w szkołach podstawowych specjalnych, gimnazjach specjalnych oraz szkołach ponadgimnazjalnych specjalnych zorganizowanych w podmiotach leczniczych, objęci są specjalnymi działaniami opiekuńczo-wychowawczymi, których celem jest zaspokajanie potrzeb edukacyjnych i rozwojowych uczniów oraz zagospodarowanie ich czasu wolnego. W przedszkolach i szkołach zorganizowanych w podmiotach leczniczych specjalne działania opiekuńczo-wychowawcze służą również wspomaganiu procesu terapeutycznego. Forma realizacji specjalnych działań opiekuńczo-wychowawczych wynika z indywidualnych potrzeb edukacyjnych i rozwojowych uczniów oraz ich możliwości psychofizycznych i w dużej mierze jest uzależniona od stanu zdrowia ucznia[16].

Przedstawiciele oświaty wchodzą w skład zespołów interdyscyplinarnych do spraw przeciwdziałania przemocy oraz grup roboczych. Są również objęci przepisami wynikającymi z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. *w sprawie procedury Niebieskie Karty* oraz wzorów formularzy *Niebieska Karta.* W 2014 r. przedstawiciele oświaty założyli 6 357 *Niebieskich Kart*. Uczniowie z podejrzeniem przemocy w rodzinie byli objęci pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole lub poradni psychologiczno-pedagogicznej lub specjalistycznej. Ponadto, stosownie do potrzeb rodziny udzielana była pomoc wynikająca z innych przepisów prawa.

[15] Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. *w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych* (Dz. U. z 2014 r. poz. 414) oraz rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. *w sprawie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach* (Dz. U. z 2014 r. poz. 392).

[16] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 8 marca 2013 r. *w sprawie organizacji kształcenia oraz warunków i form realizowania specjalnych działań opiekuńczo-wychowawczych w przedszkolach i szkołach specjalnych, zorganizowanych w podmiotach leczniczych i jednostkach pomocy społecznej* (Dz. U. poz. 380).

Minister Pracy i Polityki Społecznej

Cel główny 1: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

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

Zadanie 1.1.3. Realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy (m.in. regulacje prawne sprzyjające promocji zdrowia psychicznego, monitorowanie czynników stwarzających ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego w miejscu pracy - np. mobbing).

Zadania mające na celu ograniczenie zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy były realizowane przez Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy w ramach ustanowionego uchwałą Rady Ministrów Nr 126/2013 z dnia 16 lipca 2013 r. III etapu programu wieloletniego *Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy*. Nadzór nad realizacją tego Programu sprawuje Minister Pracy i Polityki Społecznej. W zakresie prac realizowanych w 2014 r. w ramach III etapu programu wieloletniego *Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy* wpisujących się w Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach) realizowano następujące zadania:

1. Przygotowanie i ewaluacja programu szkoleń z zakresu psychospołecznych, fizjologicznych i organizacyjnych uwarunkowań bezpieczeństwa w transporcie drogowym (4.Z.01) – okres realizacji 01.01.2014 – 31.12.2015.

Celem zadania jest opracowanie wieloaspektowego i multimedialnego programu szkoleń, a także upowszechnienie wiedzy na temat osobniczych, psychospołecznych i organizacyjnych uwarunkowań bezpieczeństwa oraz przekazanie umiejętności zwiększających sprawność indywidualną pracowników i kształtujących bezpieczną organizację pracy w transporcie drogowym. W 2014 r. opracowano podstawy metodologiczne programu szkoleń obejmujących psychospołeczne, fizjologiczne oraz organizacyjne uwarunkowania bezpieczeństwa w transporcie drogowym. Przygotowano materiały szkoleniowe oraz zorganizowano i rozpoczęto szkolenia pilotażowe, w których uczestniczyło 62 pracowników transportu miejskiego (kierowców, dyspozytorów, specjalistów ds. bezpieczeństwa i higieny pracy, przedstawicieli działu pracowniczego). Docelowo szkolenia obejmą grupę 200 pracowników. Opracowano publikację i prezentowano wyniki na 2 konferencjach.

Wysokość finansowania: 177 349 zł.

2. Określenie psychospołecznych uwarunkowań efektywnej współpracy osób z różnych pokoleń, w tym osób w wieku 50+ (4.Z.04).

Celem ogólnym zadania jest odpowiedź na pytanie, jakie czynniki sprzyjają większej

efektywności międzypokoleniowych zespołów pracowniczych oraz sformułowanie wytycznych służących optymalizacji współpracy osób z różnych pokoleń. W roku sprawozdawczym opracowano metodologię badań nad psychospołecznymi uwarunkowaniami efektywnej współpracy osób z różnych pokoleń, dokonano doboru badanej grupy i narzędzi badawczych. Opracowano publikację.

Wysokość finansowania wyniosła 151 449 zł.

Zadania w zakresie służb państwowych objętych programem (4.Z.01 i 4.Z.04) finansowane są ze środków, których dysponentem jest minister właściwy do spraw pracy.

Cel szczegółowy: 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadanie: 1.3.2. wprowadzenie do obowiązujących regulacji prawnych zmian przeciwdziałających nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu w środowisku pracy

Mając na uwadze Kodeks pracy, który gwarantuje równe traktowanie pracowników bez względu na jakąkolwiek przyczynę, a wśród podstawowych zasad prawa pracy znajduje się także zakaz dyskryminacji (art. 11^3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeks pracy* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.) nie planuje się jakichkolwiek zmian we wskazanym zakresie.

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

Cel szczegółowy: 2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadanie 2.2.2. przygotowanie programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej.

Corocznie Minister Pracy i Polityki Społecznej na podstawie art. 23 ust.1 pkt 7a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2015 r. poz. 163) ogłasza otwarty konkurs ofert na finansowe wsparcie realizacji projektów dotyczących *Oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi*. Konkurs adresowany jest do jednostek samorządu terytorialnego, a także organizacji pozarządowych, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. *o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1118, z późn. zm.) oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 tej ustawy, prowadzących działalność mającą na celu umożliwienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, możliwości i zasoby. W konkursie mogą brać udział także niepubliczne podmioty pomocy społecznej działające w formie samopomocy osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin.

Celem konkursu jest wspieranie realizacji projektów zmierzających do umożliwienia osobom z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza osobom przewlekle psychicznie chorym i niepełnosprawnym intelektualnie, a także ich rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych pojawiających się zwłaszcza w związku z wykluczaniem społecznym omawianej grupy osób, a także umożliwienie pełniejszej integracji społecznej wyżej wymienionej grupy osób ze środowiskiem społecznym, w którym powinni funkcjonować. Corocznie na realizację tego Programu planowana jest kwota 3 mln złotych. Zgłoszone do Konkursu projekty powinny przyczynić się zwłaszcza do:

1. Poprawy integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin ze środowiskiem lokalnym.
2. Inspirowania, projektowania oraz tworzenia i organizowania:
   1) partnerstw pomiędzy różnymi instytucjami i podmiotami działającymi w obszarze pomocy i integracji społecznej na rzecz inicjowania przedsięwzięć dla pokonywania przez osoby z zaburzeniami psychicznymi barier uniemożliwiających im uczestniczenie w życiu społeczno-gospodarczym, szczególnie w miejscu zamieszkania lub pobytu;
   2) działań zmierzających do poprawy jakości i efektywności usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, przywracania ich do funkcjonowania w lokalnym środowisku zamieszkania, pobytu, a także zwiększenia ich integracji społecznej;
   3) lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych oraz programów, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka, ze szczególnym uwzględnianiem przypadków osób z zaburzeniami psychicznymi;
   4) lokalnych projektów i programów związanych z organizowaniem i funkcjonowaniem różnorodnych ofert oparcia społecznego dla osób przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie, wykorzystujących potencjał dialogu społecznego na rzecz włączania społecznego tych osób i wyposażenie ich w kompetencje umożliwiające im pełnienie różnorodnych ról społecznych i osiągania pozycji społecznej dostępnych członkom społeczności, w której żyją osoby z zaburzeniami psychicznymi.
3. Promowania dobrych praktyk, wzorów i modeli:
   1) pomocy omawianej grupie osób, w tym usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi przez jednostki organizacyjne służb: pomocy społecznej oraz zatrudnienia celem tworzenia sieci optymalnych ofert wsparcia;
   2) funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku społecznym, a także w instytucjach zapewniających im wsparcie;
   3) integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, głównie przez wyposażenie ich w kompetencje umożliwiające pełnienie ról społecznych i osiąganie pozycji

społecznej dostępnej osobom sprawnym, a także przez zmianę istniejących stereotypów dotyczących oceny przydatności społecznej tych osób;

4) wspierania rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi przez efektywniejsze wykorzystanie transferów socjalnych.

Oceny zgłoszonego na konkurs projektu pod kątem formalnym i merytorycznym dokonuje Komisja konkursowa, a następnie przedkłada Ministrowi Pracy i Polityki Społecznej listę rankingową do akceptacji. W ramach uruchomionych środków dotację na wsparcie realizacji projektów z zakresu organizacji i funkcjonowania sieci oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi otrzymało 56 podmiotów wyłonionych w drodze konkursu ofert, na 285 podmiotów aplikujących (129 ofert odrzucono).

W wyniku postępowania konkursowego Minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego udzielił w 2014 r. wsparcia 56 projektom na łączną kwotę 3 mln zł. Projekty te miały na celu przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin poprzez wspieranie ich wysiłków zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb oraz umożliwienie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka, a także wspieranie organizacji i różnych form pomocy społecznej, substytucyjnych w stosunku do naturalnych ogniw oparcia społecznego. Średnia kwota wsparcia jednego projektu wyniosła około 53 tys. zł. W efekcie realizacja programu *Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi* w 2014 r. przyczyniła się do:

1) ułatwienia osobom z zaburzeniami psychicznymi dostępu do różnych form usług i świadczeń specjalistycznych (m.in. usług psychoterapeutycznych);
2) podjęcia szeregu działań zmierzających do podniesienia kompetencji życiowych osób z zaburzeniami psychicznymi m.in. w zakresie umiejętności interpersonalnych, funkcjonowania w życiu społecznym oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach;
3) promowania w środowisku społecznym działań pomocowych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi;
4) promowania i rozwijania aktywnych formy spędzania czasu wolnego przez osoby z zaburzeniami psychicznymi;
5) rozwijania różnych form terapii;
6) zapewnienia dostępu do różnego rodzaju form poradnictwa;
7) poprawy dostępności do wsparcia w formie działalności klubowej, w tym zajęciach terapii zajęciowej.

Rezerwa celowa na zadania w zakresie budowy sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi - kwota dotacji ogółem 30 mln zł

Minister Pracy i Polityki Społecznej corocznie ze środków rezerwy celowej budżetu państwa wspiera zadania dotyczące budowania docelowej sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W 2014 r. dwa razy zwiększano budżety wojewodów

z rezerw celowych będących w dyspozycji Ministra Pracy i Polityki Społecznej. I transza dotacji z części 83 - Rezerwy celowe, z poz. 25 ustawy budżetowej na 2014 r. została uruchomiona przez Ministra Finansów na wniosek Ministra Pracy i Polityki Społecznej w maju 2014 r. zwiększając budżety wojewodów o kwotę ogółem 32 tys. zł. Dotacje przeznaczono na finansowanie ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym na utworzenie nowych miejsc i ich utrzymanie. Wojewodowie wnioskowali o dofinansowanie 504 zadań (w tym uruchomienie 1 797 nowych miejsc) na ogólną kwotę 89 916 588 zł. Dofinansowanie otrzymało 357 zadań we wszystkich województwach. Środki te pozwoliły w niektórych przypadkach na osiągnięcie przez domy standardu usług, kontynuację bądź zakończenie procesów inwestycyjnych, realizację niezbędnych remontów, zakup wyposażenia, a także uruchomienie 1 046 nowych miejsc w nowych i już funkcjonujących domach. Do końca 2014 r. powstało 12 nowych środowiskowych domów samopomocy na 288 miejsc ogółem oraz jeden klub samopomocy na 30 miejsc. II transza dotacji z części 83 – Rezerwy celowe, z poz. 34 ustawy budżetowej na rok 2014 (po uzyskaniu opinii nr 119 Komisji Finansów Publicznych do Ministra Finansów *w sprawie zmiany przeznaczenia rezerw celowych,* uchwalonej na posiedzeniu w dniu 25 września 2014 r.), została uruchomiona przez Ministra Finansów na wniosek Ministra Pracy i Polityki Społecznej we wrześniu 2015 r. zwiększając budżety wojewodów (odpowiednio do zgłoszonych potrzeb) o kwotę ogółem 21 992 tys. zł. Dotacje te przeznaczono na finansowanie ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi przyjmując założenie, że dodatkowe środki pozwolą na kontynuację realizacji programów naprawczych, w tym zadań i zakupów inwestycyjnych, służących osiągnięciu standardów określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. *w sprawie środowiskowych domów samopomocy* (Dz. U. Nr 238, poz. 1586), a także na wzrost dotacji przeznaczonej na sfinansowanie działalności bieżącej tych jednostek w 2014 r., szczególnie w województwach o najniższych poziomach dotacji na 1 uczestnika.

Zadanie 2.2.3. Monitorowanie realizacji programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej.

Monitorowanie realizacji programów odbywało się na podstawie nadsyłanych sprawozdań, a także niektóre z dotowanych zadań są kontrolowane przez Departament Kontroli Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Corocznie zbierane są dane statystyczne w zakresie pomocy społecznej (MPIPS-03 i MPIPS-05). W wielu przypadkach dane te nie odnoszą się wprost do kategorii osób z zaburzeniami psychicznymi, ponieważ jest to jedna z wielu kategorii osób uprawnionych do świadczeń pomocy społecznej.

Sprawozdanie MPiPS-03 za 2014 r. zawierało informacje dotyczące:

1) zatrudnienia w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej;
2) udzielonych świadczeń - zadania zlecone gminom;
3) udzielonych świadczeń - zadania własne gmin;
4) zadań własnych realizowanych przez powiatowe centra pomocy rodzinie, pomoc mającą na celu życiowe usamodzielnienie i integrację ze środowiskiem;
5) pomocy dla cudzoziemców ze statusem uchodźcy lub z ochroną uzupełniającą;
6) rzeczywistej liczby osób i rodzin objętych pomocą;
7) powodów przyznania pomocy;
8) instytucji pomocy społecznej o zasięgu lokalnym – finansowanych z budżetu gmin ze środków na pomoc społeczną;
9) instytucji pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym – finansowanych z budżetu powiatów ze środków na pomoc społeczną - (stan w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego).

Sprawozdanie MPiPS-05 zawierało informacje dotyczące:

1) gminnych domów pomocy społecznej;
2) ponadgminnych domów pomocy społecznej;
3) środowiskowych domy samopomocy;
4) mieszkań chronionych;
5) placówek całodobowej opieki.

Z uwagi na różne terminy opracowywania powyższych sprawozdań obecnie dostępne jest jedynie sprawozdanie MPiPS-03. Znajduje się ono na stronie internetowej MPiPS, w zakładce: pomoc społeczna > raporty i statystyki > statystyki pomocy społecznej > statystyka za 2014 r.

Cel szczegółowy: 2.3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadanie 2.3.2. Zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Osoby niepełnosprawne *zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2011 r. Nr. 127, poz. 721, z późn. zm.) mogą korzystać z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, będących w dyspozycji samorządów powiatowych w zakresie:

1) uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych, w tym również uczestnictwa ich opiekunów;
2) uczestnictwa w imprezach sportowych, kulturalnych, rekreacyjnych i turystycznych;
3) zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, przyznawane na podstawie odrębnych przepisów;
4) likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, w związku

z indywidualnymi potrzebami;

5) rehabilitacji – dotyczy dzieci i młodzieży;
6) pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego, szkolenia oraz przekwalifikowania.

Ze środków publicznych (PFRON i budżetu państwa) wspierane było zatrudnienie osób niepełnosprawnych, w tym osób niepełnosprawnych ze szczególnymi schorzeniami (m.in. osób niewidomych, z upośledzeniem umysłowym, z zaburzeniami psychicznymi i z epilepsją), w zakładach aktywności zawodowej, w zakładach pracy chronionej i w zakładach otwartego rynku pracy, w formie dofinansowania wynagrodzeń tych osób. Osoby niepełnosprawne, w tym także ze szczególnymi schorzeniami (np. osoby z zaburzeniami psychicznymi) uczestniczyły w warsztatach terapii zajęciowej.

Od 2006 r. realizowany jest rokrocznie Program resortowy pn. *Aktywne Formy Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu, zwany dalej AFPWS* na lata 2011–2015. Przyjęta przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej formuła programu polegała na organizowaniu konkursów dla samorządów gmin i organizacji pozarządowych w celu realizacji takich założeń jak:

1) zmobilizowanie samorządów gminnych do tworzenia partnerstw na rzecz organizowania centrów i klubów integracji społecznej, szczególnie na obszarach wiejskich i małomiasteczkowych, a także wykorzystywania lokalnych programów rynku pracy, takich jak np.: prace społecznie użyteczne czy roboty publiczne;
2) wzmocnienie roli podmiotów zatrudnienia socjalnego w procesie przywracania osób do ponownego pełnienia ról społecznych i zawodowych, oraz przygotowywania ich do wykorzystywania rozwiązań ustawy o spółdzielniach socjalnych;
3) promowanie dobrych praktyk, szczególnie w zakresie zawiązywania lokalnej współpracy pomiędzy jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej a publicznymi służbami zatrudnienia z wykorzystaniem potencjału organizacji pozarządowych.

Program AFPWS spełnia swoją rolę, przyczyniając się do powstania nie tylko wielu nowych podmiotów gospodarki społecznej (w tym zatrudnienia socjalnego), ale przede wszystkim do zbudowania w kraju nowego systemu wsparcia i pomocy, opartego na trzech filarach świadczenia usług dla osób bezrobotnych i korzystających ze świadczeń pomocy społecznej. W ramach celu 2 Programu ogłaszany jest corocznie konkurs skierowany do instytucji tworzących Centra i Kluby Integracji Społecznej pn. *Podmiot zatrudnienia socjalnego partnerem Ośrodka Pomocy Społecznej i Powiatowego Urzędu Pracy w realizacji kontraktów socjalnych*. Kwota przeznaczona na realizację konkursu wynosi 1 400 000 zł rocznie. W 2014 r. podobnie jak w roku 2013 do otrzymania dotacji w konkursie zakwalifikowało się 18 podmiotów.

Porównując dane zebrane z lat 2013-2014 z centrów integracji społecznej[17] wynika, iż liczba osób chorujących psychicznie, jaka rozpoczęła zajęcia w centrum zwiększyła się do 71 osób (w 2013 r. – 46 osób). Uczestnikami zajęć w Centrach mogły być między innymi osoby chore psychicznie, które podlegają wykluczeniu społecznemu i nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb, a znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. W 2014 r. w zajęciach uczestniczyło łącznie 90 osób (w 2013 r. – 52 osób), natomiast zajęcia zakończyło 45 osób (w 2013 r. – 25 osób).

W Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej realizowany był również program Fundusz Inicjatyw Obywatelskich na lata 2014-2020 (FIO), w ramach którego organizacje pozarządowe mogą realizować projekty m.in. z obszaru promowania zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, zwiększania integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Ze względu na konkursowy charakter Programu nie ma możliwości określenia skali projektów oraz dokładnej wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za 2014 r. w ramach FIO. Projekty z obszarów takich jakich ochrona i promocja zdrowia oraz działalność na rzecz osób niepełnosprawnych skierowane były nie tylko do osób z zaburzeniami psychicznymi. W Programie FIO w Priorytecie 2: *Aktywne społeczeństwo* wyodrębniony został kierunek działania: *Wspieranie aktywnych form integracji społecznej*. Finansowane mogą być w tym obszarze projekty zakładające pomoc osobom niepełnosprawnym czy zapewnianie równych szans osobom i grupom dyskryminowanych lub poszkodowanych, w tym grupom szczególnie narażonym na wykluczenie i marginalizację społeczną. Kolejnym kierunkiem działania, w ramach którego wspierane mogły być osoby z zaburzeniami psychicznymi był *Rozwój przedsiębiorczości społecznej.* Zwiększanie integracji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi było realizowane także z wykorzystaniem formy spółdzielni socjalnych, które funkcjonują w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. *o spółdzielniach socjalnych* (Dz. U. z 2006 r. Nr 94, poz. 651 z późn. zm.). Zgodnie z art. 4 ust 1 ww. ustawy wśród osób uprawnionych do założenia spółdzielni socjalnej znajdują się m.in. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r*. o zatrudnieniu socjalnym* (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225, z późn. zm.) a zatem także osoby chorujące psychicznie w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego. Spółdzielnie socjalne poprzez łączenie działalności gospodarczej z realizacją celów społecznych działają na rzecz

[17] Centra Integracji Społecznej są instytucjami świadczącymi usługi reintegracji społecznej i zawodowej i mają za zadanie 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 podwyższenie kwalifikacji zawodowych.

społecznej i zawodowej reintegracji swoich członków przez co należy rozumieć działania mające na celu odbudowanie i podtrzymanie umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu, a także działania mające na celu odbudowanie i podtrzymanie zdolności do samodzielnego świadczenia pracy na rynku pracy. W kontekście tak prowadzonej działalności spółdzielnie socjalne stanowią rdzeń sektora ekonomii społecznej ukierunkowanego na realizację zadań związanych ze społeczno-zawodową reintegracją osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Należy podkreślić, iż przepisy *ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2015 r. poz. 149), gwarantują równy dostęp wszystkim obywatelom, w tym osobom z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, do usług rynku pracy wspieranych instrumentami rynku pracy. Zgodnie z art. 2a ww. ustawy przepisy ustawy *chronią przestrzegania zasady równego traktowania w dostępie i korzystaniu z usług rynku pracy oraz instrumentów rynku pracy bez względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną.* Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą zatem korzystać ze wszystkich, przewidzianych w *ustawie o promocji (…)* usług rynku pracy, tj. pośrednictwa pracy, poradnictwa zawodowego i informacji zawodowej, pomocy w aktywnym poszukiwaniu pracy i szkoleń.

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego

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

Cel szczegółowy 3.2. Promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego

Zadanie: 3.2.1: Uwzględnienie ochrony zdrowia psychicznego w priorytetach Krajowego Programu Badań.

W 2014 r. ze środków budżetowych przeznaczonych na naukę Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego dofinansował 14 projektów na łączną kwotę 1 730 143,20 zł. Narodowe Centrum Nauki przekazało 23 497 007 zł z na realizację 192 projektów badawczych z zakresu zdrowia psychicznego np.:

1) projekt pn. *PTSD*[18]*: diagnoza, terapia, profilaktyka,* wysokość dofinansowania - 776 177,00 zł, realizator: Uniwersytet Warszawski;
2) projekt pn. *Hiperhomocysteinemia i zaburzenia funkcji poznawczych w depresji w kontekście badań biochemicznych i genetyczno-molekularnych,* wysokość dofinansowania – 65 000,00 zł, realizator: Uniwersytet Medyczny im K. Marcinkowskiego w Poznaniu;
3) projekt pn. *Efektywna stymulacja funkcji wykonawczych dzieci predysponowanych do ADHD w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym,* wysokość dofinansowania - 112 576,00 zł*,* realizator: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie.

Natomiast Narodowe Centrum Badań i Rozwoju przyznało dofinansowanie w łącznej kwocie 17 710 533,51 zł i wspierało 25 projektów wieloletnich, takich jak:

1) projekt pn. *Opracowanie interaktywnego psychostymulatora dla Policji,* wysokość dofinansowania – 1 868 063,00 zł*,* realizator Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie;
2) projekt pn. *UnderstAid - platforma, która wspiera, pomaga zrozumieć i pomóc opiekunom w opiece nad krewnymi z demencją,* wysokość dofinansowania – 20 374,10 zł, realizator Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

[18] PTSD - Zespół stresu pourazowego, zaburzenie stresowe pourazowe, (ang. posttraumatic stress disorder)

Minister Sprawiedliwości

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

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

Zadanie 1.1.3. Realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie oraz w programach skierowanych do funkcjonariuszy
i pracowników Służby Więziennej).

W 2014 r. w pełnym zakresie realizowano oddziaływania terapeutyczne, prowadzone w ramach systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności, wobec skazanych, którzy zostali skierowani przez sąd lub komisje penitencjarne do odbywania kary w tym systemie. Oddziaływania takie prowadzone były w 70 oddziałach terapeutycznych w tym: 22 oddziałach dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, 33 oddziałach dla skazanych uzależnionych od alkoholu; 15 oddziałach dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych. We wszystkich ww. typach oddziałów terapią objęto w 2014 r. 9 352 skazanych, w tym:

1) 2 428 skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo;
2) 5 450 skazanych uzależnionych od alkoholu;
3) 1 474 skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych;
4) 210 skazanych za przestępstwa z art. 197-203 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), popełnione na podłożu istniejących zaburzeń preferencji seksualnych.

Oddziały terapeutyczne dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo dysponowały 1 721 miejscami. Łącznie w 2014 r. w oddziałach terapeutycznych poddano specjalistycznym oddziaływaniom terapeutycznym 2 428 osób pozbawionych wolności. Liczba ta w sposób istotny nie odbiegała od liczby w roku poprzednim: (w 2013 r. – 2 394 osoby).

Skazani, którzy trafiają do oddziałów specjalistycznych, to przede wszystkim osoby sprawiające trudności wychowawcze, często wykazujące poważny stopień demoralizacji, zaburzenia psychiczne albo szczególny brak umiejętności przystosowania się do warunków i wymagań zakładu. W oddziałach terapeutycznych przebywają także skazani, którzy popełnili przestępstwa przeciwko wolności seksualnej lub obyczajności w związku ze zdiagnozowanymi zaburzeniami preferencji seksualnych. Dominującym rozpoznaniem wśród pacjentów oddziałów terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo są zaburzenia osobowości

(1 715 pacjentów oddziałów terapeutycznych miało zdiagnozowane tego typu zaburzenia) i upośledzenie umysłowe (u 647 skazanych zdiagnozowano upośledzenie). Dużą grupę pacjentów stanowią osoby z tzw. podwójną diagnozą czyli osoby uzależnione, które z powodu współwystępowania u nich innych zaburzeń, nie kwalifikują się do terapii w oddziałach dla uzależnionych. W 2014 r. takich skazanych przebywało 1 089 (w 2013 r. – 1 124).

Oddziaływania specjalistyczne w oddziałach terapeutycznych prowadzone są przez zespół terapeutyczny. Do podstawowych oddziaływań specjalistycznych należą: terapia indywidualna i grupowa oraz terapia zajęciowa. W 2014 r. w oddziałach terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo najczęściej realizowane były następujące zajęcia o charakterze grupowym:

1) treningi i warsztaty związane z kształtowaniem konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze złością i agresją (w tym Trening Zastępowania Agresji);
2) treningi umiejętności społecznych, rodzicielskich;
3) zajęcia z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień (m in. program HIOB);
4) treningi pozwalające poszerzyć wiedzę o sobie, swoich zasobach i ograniczeniach, zwiększające samoświadomość;
5) programy dotyczące psychoedukacji w zakresie problemów związanych ze stosowaniem i doświadczaniem przemocy w rodzinie);
6) zajęcia z zakresu profilaktyki samoagresji;
7) zajęcia edukujące z zakresu problematyki zdrowotnej;
8) zajęcia dotyczące edukacji seksualnej;
9) programy aktywizacji zawodowej;
10) programy relaksacyjne;
11) programy arteterapeutyczne (np. psychorysunek), muzykoterapia;
12) programy dostosowane do możliwości upośledzonych pacjentów (np. bajkoterapia);
13) dogoterapia;
14) treningi czystości;
15) programy ekologiczne.

Ponadto w wielu oddziałach funkcjonują grupy samopomocowe (najczęściej grupy AA). W 2014 r. terapią zajęciową objęto 1 385 osadzonych. Do najczęstszych form pracy w ramach terapii zajęciowej należą: zajęcia w stolarniach, pracowniach ceramicznych, tapicerskich, tkackich, introligatorniach, modelarniach, szwalniach, prace remontowe i renowacyjne. Pacjenci oddziałów wykonywali w minionym roku rysunki, rzeźby, zabawki, obrazy, witraże, odlewy z gipsu, przedmioty z wikliny, zapałek, papieru, krepiny, tektury, masy solnej, drewna, a także stroiki, kartki świąteczne, pisanki itp. W kilku oddziałach

funkcjonują ogródki, pracownie kulinarne a także pracownie komputerowe. W oddziałach dla kobiet popularne formy terapii zajęciowej to: haft, de coupage, szydełkowanie, prace dziewiarskie i krawieckie, wykonywanie ozdób z masy solnej i papieru, bukieciarstwo oraz rysowanie i malowanie, a także zajęcia teatralne.

Cel szczegółowy: 1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Zadanie 1.2.2. Realizacja programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej.

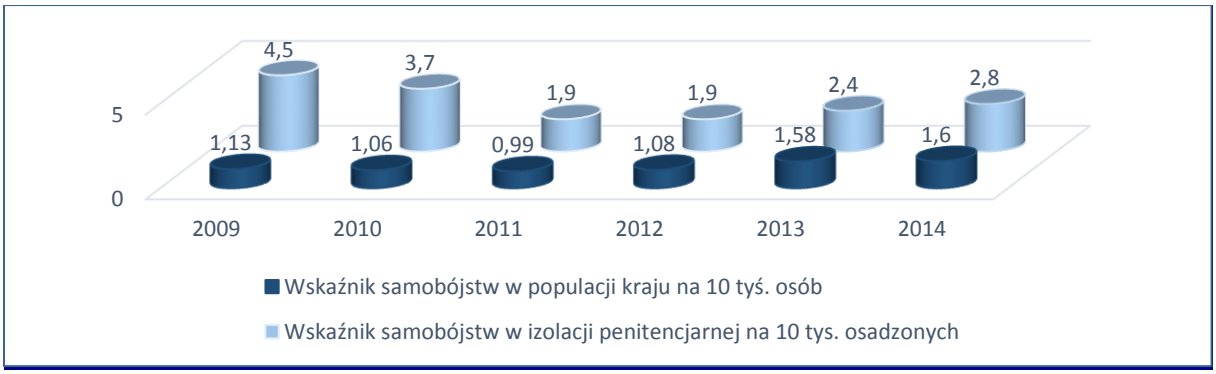
Według informacji przekazanych przez Ministra Sprawiedliwości w zakładach karnych i aresztach śledczych w 2014 r. odnotowano 155 usiłowań samobójczych i 22 dokonane samobójstwa. Odnotowana w 2014 r. liczba samobójstw wśród osadzonych nieznacznie wzrosła w stosunku do 2013 r. jednak odnotowany w 2014 r. wskaźnik wciąż pozostaje znacząco niższy, od średniej wieloletniej:

Rok	2011	2012	2013	2014
Liczba samobójstw w skali roku	16	16	19	22
Współczynnik samobójstw na 10 tys. osadzonych	1,9	1,9	2,4	2,8

Tabela 15 Liczba i współczynnik samobójstw osób pozbawionych wolności przebywających w jednostkach penitencjarnych w latach 2011-2014.
Źródło: Na podstawie danych Ministra Sprawiedliwości.

Powyższe dane wskazują na ustabilizowanie i ugruntowanie wdrożonych rozwiązań dotyczących profilaktyki suicydalnej w polskim więziennictwie.

Natomiast współczynniki samobójstw w polskiej populacji więziennej na tle współczynników samobójstw w polskiej populacji generalnej[19] w latach 2009-2014 przedstawiał się następująco:



Rycina 8. Współczynniki samobójstw w polskiej populacji więziennej na tle współczynników samobójstw.
Źródło: Na podstawie danych Ministra Sprawiedliwości.

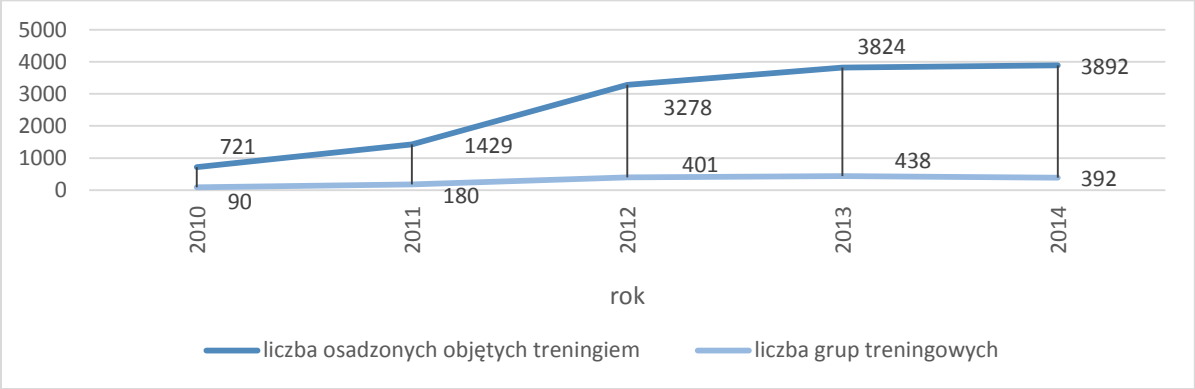
Z porównywanych danych wynika, że odnotowany w ostatnich 2 latach pewien wzrost współczynnika samobójstw wśród osadzonych, może być częścią szerszego trendu, występującego w skali całego społeczeństwa. Współczynniki odnotowywane wśród więźniów są wyższe, niż w populacji generalnej. Izolacja penitencjarna jest zdecydowanie

[19] Źródłem wskaźnika samobójstw w populacji generalnej są dane KG Policji www.policja.pl.

silnym czynnikiem stresowym, często wyzwalającym chęć dokonania samobójstwa. Ponadto populacja więzienna w większym stopniu niż populacja ogólnopolska, składa się z osób należących do grupy podwyższonego ryzyka suicydalnego, ze względu na występujące zaburzenia i deficyty, np.: zaburzenia osobowości, zaburzenia w sferze popędowo- emocjonalnej itp.

Zadanie 1.2.4. Realizacja programu zapobiegania przemocy w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej.

Minister Sprawiedliwości realizował program zapobiegania przemocy w populacji osób pozbawionych wolności, który objął przede wszystkim działania ukierunkowane na sprawców przemocy. Głównymi formami interwencji w tym zakresie były Treningi Zastępowania Agresji - *ART*[20] i programy według modelu *DULUTH*[21]. Inne oddziaływania wobec sprawców przemocy (tj. działania prawne i dyscyplinarne), podejmowane były niezależnie, z mocy prawa. Programem, który jest polecany do pracy ze sprawcą przemocy jest ART. Celem programu było zwiększenie kontroli skazanych nad przejawianymi zrachowaniami agresywnymi. Poza tymi propozycjami realizowanych było szereg autorskich programów konstruowanych i prowadzonych przez funkcjonariuszy, a także przez podmioty zewnętrzne. Wzrost liczby skazanych objętych treningiem i wzrost liczby grup treningowych, od początku obowiązywania Programu, ilustruje poniższy wykres:

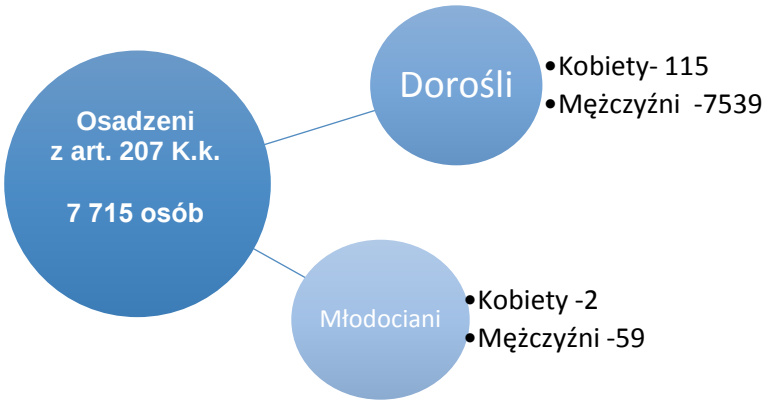


Rycina 9. Liczba skazanych objętych treningami zastępowania agresji i liczba grup treningowych, w latach obowiązywania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (2010-2014).
Źródło: Na podstawie danych Ministra Sprawiedliwości.

[20] Treningi zastępowania agresji to ok. 30-godzinne interwencje poznawczo-behawioralne, prowadzone metodą treningu umiejętności, w małych grupach (do 10-12 osób), przez dwie osoby prowadzące, złożone z trzech modułów poświęconych nauce umiejętności społecznych, zwiększeniu stopnia kontroli złości oraz refleksji moralnej, trwających po ok. 10 godzin każdy. W systemie penitencjarnym metoda ta znajduje zastosowanie wobec skazanych młodocianych (i młodych wiekiem dorosłych), ze skłonnościami do zachowań agresywnych, w szczególności wówczas, gdy agresywne zachowania są wyuczone w procesie społecznego uczenia się lub stanowią skutek braku wystarczającej samokontroli, refleksji moralnej lub umiejętności społecznych umożliwiających osiąganie osobistych celów, w społecznie akceptowany sposób. Zajęcia prowadzone są dyrektywnie, z wykorzystaniem modelowania i ogrywania ról.

[21] Jest to program dedykowany sprawcom przemocy, składający się z 2 sesji indywidualnych oraz 24 grupowych.

Według danych z dnia 31 grudnia 2014 r. we wszystkich zakładach karnych i aresztach śledczych przebywało ogółem 7 715 osoby (6 616 skazanych oraz 1 099 tymczasowo aresztowanych), wobec których wykonywano łącznie 9 276 orzeczeń z art. 207 K.k. Z tego liczba wszystkich osób które odbywały karę z art. 207 k.k. na przestrzeni 2014 r. (przebywały w izolacji chociaż przez 1 dzień w 2014 r.) wyniosła – 10 715 osób. Średni wymiar kary z ww. art. u skazanych przebywających w zakładach karnych wyniósł 16,09 miesiąca (w tym mediana 14 miesięcy).



Rycina 10.Osadzeni z art. 207 K.k. przebywający w izolacji penitencjarnej według grup wiekowych i płci.
Źródło: Na podstawie danych Ministra Sprawiedliwości.

Oddziaływania wobec skazanych sprawców przemocy domowej koncentrowały się wokół kilku propozycji programowych. W wielu jednostkach prowadzone były programy według modelu z DULUTH. Zbliżonym do tych założeń jest także program *PARTNER* realizowany głównie w okręgu poznańskim). Ponadto, Służba Więzienna dzięki środkom pozyskanym w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego - NMF zakupiła opracowanie nowej interwencji skierowanej do skazanych sprawców przemocy domowej pn.: *STOP PRZEMOCY-DRUGA SZANSA*. Program ten został opracowany przez zespół specjalistów, posiadających wieloletnie doświadczenie pracy ze sprawcami w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej. Jest to propozycja opierająca się na spotkaniach grupowych przez okres 3 miesięcy, opartych m.in. na założeniach terapii skoncentrowanej na rozwiązywaniu problemów oraz nauce komunikacji bez przemocy (Nonviolent Communication – NVC). Wdrażanie tego programu do praktyki penitencjarnej rozpoczęto w 2014 r. Poza tymi propozycjami realizowanych jest szereg autorskich programów konstruowanych i prowadzonych przez funkcjonariuszy a także przez podmioty zewnętrzne.

W 2014 r. liczba uczestników biorących udział w oddziaływaniach wobec sprawców przemocy istotnie wzrosła. Programami objęto o 543 osadzonych więcej niż w 2013 r. Należy nadmienić, iż w tym czasie kontynuowano szkolenie personelu więziennego

w zakresie prowadzenia programów wobec sprawców przemocy domowej i prawdopodobnie tym należy tłumaczyć rosnącą liczbę skazanych obejmowanych specjalistycznymi oddziaływaniami. Warto przypomnieć, iż w jednostkach penitencjarnych zasadniczo realizowane były programy edukacyjno-korekcyjne, które mogą trwać od 3 do 6 miesięcy. Dodać należy, że w 2014 r. objęto pomocą psychologiczną także 93 skazanych, doświadczających przemocy domowej jeszcze przed osadzeniem ich w zakładach karnych.

W 2014 r. wobec populacji skazanych sprawców przemocy domowej zrealizowano łącznie 211 edycji programów edukacyjno-korekcyjnych, tj.: więcej o 8 niż w 2013 r. W tej liczbie zdecydowaną większość (162) stanowiły edycje realizowane przez funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej. Należy jednak zauważyć, iż populacja skazanych sprawców przemocy domowej jest również łatwo dostępną i tym samym „atrakcyjną" grupą osób, wobec których podmioty pozawięzienne mogą realizować oddziaływania korekcyjno-edukacyjne. Stąd w wielu jednostkach penitencjarnych ofertę programową kadry więziennej, dodatkowo wzbogaca oferta podmiotów pozawięziennych pracujących ze sprawcami przemocy.

Szczegóły zawiera poniższa tabela:

Liczba skazanych, uczestniczących w programach oddziaływań skierowanych do osób doświadczających przemocy domowej, w okresie przed osadzeniem w jednostkach penitencjarnych					
Liczba osób, które przystąpiły do programów dla osób doświadczających przemocy domowej			Liczba osób, które ukończyły programy dla osób doświadczających przemocy domowej		
RAZEM	W tym mężczyzn	W tym kobiet	RAZEM	W tym mężczyzn	W tym kobiet
93	25	68	91	25	66

Tabela 16 Liczba skazanych uczestniczących w programach oddziaływań skierowanych do osób doświadczających przemocy domowej, w okresie przed osadzeniem w jednostkach penitencjarnych. Źródło: Na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości.

Wartym podkreślenia jest także fakt, iż Służba Więzienna nawiązała w 2014 r. współpracę z Instytutem Wymiaru Sprawiedliwości, w celu przeprowadzenia ogólnopolskich badań efektywności programów ukierunkowanych na pracę w obszarze przeciwdziałania przemocy (ART i DULUTH), realizowanych na terenie wybranych jednostek penitencjarnych. Wstępna analiza tych danych planowana jest na drugą połowę 2015 r.

Wśród personelu działów penitencjarnych, czynnych funkcjonariuszy (a więc takich, którzy posiadali szkolenia specjalistyczne i mogli prowadzić programy korekcyjno-edukacyjne dla sprawców przemocy) na dzień 31 grudnia 2014 r., posiadało łącznie 337 wychowawców i psychologów. Poza wyżej wymienionymi, w szkoleniach w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz pracy z osobą uwikłaną w przemoc, w 2014 r. uczestniczyło 811

pracowników więziennictwa. Służba Więzienna dostrzega potrzebę obejmowania odpowiednimi oddziaływaniami populację skazanych osób, uwikłanych w przemoc, jednak możliwości kadrowe oraz finansowe warunkują istotne ograniczenia w tym wymiarze. W 2014 r. poza szkoleniami z zakresu pracy ze sprawcą przemocy, w ofercie szkoleniowej realizowanej w Służbie Więziennej znalazły się także szkolenia dotyczące prowadzenia rozmów z ofiarami przemocy odwiedzającymi skazanych sprawców, szkolenia dotyczące umiejętności budowania motywacji u sprawców przemocy by skorzystali oni z oferty programów korekcyjno-edukacyjnych a także szkolenia z zakresu diagnozy potrzeb skazanych, będących w roli osób doświadczających przemocy przed osadzeniem.

Wartym podkreślenia jest fakt, iż oferta programowa Służby Więziennej skierowana do osadzonych obejmowała różnorodne formy oddziaływań krótko- i długoterminowych, skoncentrowanych na modyfikacjach zachowań niepożądanych, jak i zmianach w sposobie myślenia. Liczba osadzonych obejmowanych takimi propozycjami, systematycznie wzrasta. Prawdopodobnie część z tych osób dobrowolnie nie skorzystałaby z takiej samej oferty realizowanej przez specjalistyczne ośrodki działające w środowisku otwartym. Należy jednak mieć na uwadze, iż oddziaływania edukacyjno-korekcyjne w izolacji są adresowane do jednego elementu struktury rodzinnej. Efektywny system przeciwdziałania zjawisku przemocy winien obejmować rozwiązania systemowej pracy z rodziną osób izolowanych i to jest wyzwanie dla służb z pozostałych resortów, zaangażowanych w przeciwdziałanie temu zjawisku. Istotą takiego działania jest założenie, iż spośród skazanych sprawców przemocy opuszczających zakłady karne, część osób nie zmienia swojego myślenia i postępowania, a co za tym idzie, może nadal prezentować zachowania przemocowe wobec najbliższych.

Ministerstwo Sprawiedliwości w partnerstwie z Centralnym Zarządem Służby Więziennej opracowało w 2014 r. projekt KARTY INFORMACYJNEJ DLA OSOBY SKAZANEJ ZA PRZEMOC W RODZINIE. Karta ta, w ilości ok. 10 000 szt. została rozdystrybuowana w jednostkach penitencjarnych na terenie całego kraju. Została ona rozwieszona w poczekalniach dla osób odwiedzających osadzonych, w pawilonach mieszkalnych osadzonych, jak również będzie wręczana osobiście każdemu skazanemu z art. 207 K.k., który będzie opuszczał jednostkę penitencjarną (na koniec kary, w związku z udzieleniem warunkowego przedterminowego zwolnienia lub przerwy w karze). Karta ta zawiera m.in. dane adresowe miejsc, w których sprawca po opuszczeniu więzienia będzie mógł znaleźć adekwatną dla siebie pomoc oraz uczestniczyć w skierowanych do sprawców programów korekcyjno-edukacyjnych.

Jak wspomniano wcześniej, zwykle problem przemocy współwystępuje z innymi deficytami, które mają istotny wpływ na generowanie zachowań przestępczych. Elementy oddziaływań programowych na sprawców przestępstw z art. 207 K.k. zawarte są również w ofercie

programowej skierowanej do osób uzależnionych. Służba Więzienna realizuje zadania przypisane Ministrowi Sprawiedliwości w Programie poprzez organizację oddziaływań edukacyjno-korekcyjnych, terapeutycznych, psychokorekcyjnych oraz edukacyjno-profilaktycznych. Powyższe przedsięwzięcia kierowane wobec skazanych sprawców przemocy domowej mają na celu zmniejszanie się zachowań związanych ze stosowaniem przemocy. W 2014 r. we wszystkich 159 zakładach karnych i aresztach śledczych w programach korekcyjnych, uwzględniających zjawisko przemocy, uczestniczyło ogółem 10 131 osadzonych. Dla porównania z 2013 r. odnotowano wyraźny wzrost osadzonych objętych takimi oddziaływaniami. Szczegółowe zestawienie zawiera tabela nr 17.

Liczba uczestników wybranych programów wpisujących się w realizację Programu w latach 2010-2014			
ROK	Programy edukacyjno-korekcyjne skierowane do skazanych sprawców przemocy	Program Terapeutyczny dla Skazanych Uzależnionych od Alkoholu *	Razem
2010	3 609	4 722	8 331
2011	4 230	4 887	9 117
2012	4 067	5 331	9 398
2013	4 138	5 467	9 605
2014	4 681	5 450	10 131

Tabela 17. Liczba uczestników wybranych programów wpisujących się w realizację Programu w latach 2010-2014.
Źródło: Na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości.

Wartym podkreślenia jest fakt, iż oferta programowa Służby Więziennej skierowana do osadzonych obejmuje różnorodne formy oddziaływań krótko- i długoterminowych, skoncentrowanych na modyfikacjach zachowań niepożądanych, jak i zmianach w sposobie myślenia. Liczba osadzonych, obejmowanych takimi propozycjami, systematycznie wzrasta. Prawdopodobnie część z tych osób dobrowolnie nie skorzystałaby z takiej samej oferty realizowanej przez specjalistyczne ośrodki działające w środowisku otwartym. Należy jednak mieć na uwadze, iż oddziaływania edukacyjno-korekcyjne w izolacji są adresowane do jednego elementu struktury rodzinnej. Efektywny system przeciwdziałania zjawisku przemocy winien obejmować rozwiązania systemowej pracy z rodziną osób izolowanych i to jest wyzwanie dla służb z pozostałych resortów, zaangażowanych w realizację zadań w zakresie przeciwdziałania przemocy.

Minister Spraw Wewnętrznych

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

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

Zadanie 1.1.3 Realizacja programu promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach.

Promocja wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego dla funkcjonariuszy oraz pacjentów, prowadzona była przez Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zwane dalej SP ZOZ MSW, w formie konferencji, warsztatów szkoleniowych oraz wykładów (łącznie 113 działań, w których uczestniczyło 1 100 osób).

Szczegółowe zagadnienia poruszane podczas ww. wydarzeń:

1) czynniki wpływające na zdrowie psychiczne;
2) zapobieganie zespołowi wypalenia zawodowego;
3) stres i jego wpływ na zdrowie psychiczne;
4) sposoby radzenia sobie ze stresem;
5) stres a zdrowie psychiczne – mechanizmy stresu, przyczyny, zapobieganie;
6) skuteczne formy relaksacji u funkcjonariuszy;
7) żyj świadomie – kształtowanie postaw prozdrowotnych w środowisku pracy;
8) metody działania profilaktycznego i ich skuteczność w profilaktyce zaburzeń psychicznych;
9) jak dbać o własną higienę psychiczną;
10) zachowanie zdrowego środka w różnych obszarach życia.

Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych organizowały konferencje z zakresu zapobiegania zaburzeniom psychicznym, tj.:

1) SP ZOZ MSW w Katowicach we wrześniu zorganizował konferencję pn. Stres jako stały element pracy w służbach mundurowych – rozpoznanie własnej podatności na stres, sposoby radzenia sobie ze stresem;
2) SP ZOZ MSW w Krakowie w czerwcu zorganizował konferencję dotyczącą stresu zawodowego, lęków i depresji wśród funkcjonariuszy;
3) SP ZOZ MSW w Szczecinie w czerwcu zorganizował trzy konferencje pn. Kształtowanie postaw i umiejętności sprzyjających radzeniu sobie ze stresem w życiu zawodowym i prywatnym;
4) SP ZOZ MSW w Zielonej Górze w listopadzie i grudniu przeprowadził dwie konferencje dotyczące stresu i jego skutków dla zdrowia.

Łączna liczba działań – 7, liczba uczestników – 296.

Psychologowie policyjni pracujący w specjalizacji Opieka Psychologiczna i Psychoedukacja

w ramach swoich zadań realizują zadania w zakresie promocji zdrowia psychicznego wśród funkcjonariuszy i pracowników cywilnych Policji wykorzystując następujące narzędzia:

1) psychoedukacja, obejmująca szkolenia mające pozytywnie wpływać na umiejętność radzenia sobie z podstawowymi wyzwaniami służby/pracy oraz życia osobistego. Zajęcia realizowane w 2015 r. w ramach przedmiotowego zadania koncentrowały się najczęściej na: promocji zdrowego stylu życia, profilaktyki zaburzeń, profilaktyki stresu (w ramach zajęć warsztatowych w wymiarze od 2 do 5 dni), radzenia sobie z emocjami, komunikacji społecznej, asertywności, itp. W 2014 r. psycholodzy policyjni przeprowadzili w ramach psychoedukacji łącznie 706 wykładów dla 17 587 osób oraz 478 warsztatów dla 6 099 osób. Oznacza to, że w różnych formach psychoedukacji udział wzięło 23 686 policjantów i pracowników Policji;
2) kwalifikacje do wyjazdowych form profilaktyki stresu organizowanych przez komórki właściwe w sprawach psychologii lub turnusach antystresowych odbywających się w warunkach pobytu w sanatoriach MSW (łącznie procesem kwalifikacji objętych zostało 414 osób),
3) profilaktyka uzależnień w środowisku policyjnym - polega na prowadzeniu szkoleń skierowanych zarówno do policjantów i pracowników na stanowiskach wykonawczych oraz kadry kierowniczej, prowadzeniu grup wsparcia dla „trzeźwiejących alkoholików" (dwa garnizony), przygotowywaniu przełożonych do organizowania i prowadzenia tzw. interwencji alkoholowych, czyli metody zewnętrznego motywowania osób pijących alkohol w sposób szkodliwy do zmiany wzorca picia i sięgnięcia po profesjonalną pomoc. W 2014 r. przeprowadzonych zostało 249 szkoleń,
4) diagnoza i rozwiązywanie problemów związanych z zarządzaniem zasobami ludzkimi w Policji. W ramach tych zadań psychologowie w 2014 r. prowadzili badania atmosfery pracy, diagnozowali sytuacje konfliktowe i mobbingowe oraz prowadzili szkolenia dotyczące rozwijania umiejętności motywowania, rozwiązywania konfliktów w zespole, umiejętności kierowniczych, budowania autorytetu i pozycji lidera, budowania zespołów pracowniczych i profilaktyki zachowań mobbingowych. W 2014 r. psychologowie przeprowadzili 407 przedsięwzięć szkoleniowych, w których udział wzięło 5 713 osób

Cel szczegółowy 1.2 Zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadanie 1.2.2 Realizacja programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych.

Działania w powyższym obszarze, realizowane przez SP ZOZ MSW, obejmowały m.in. organizację szkoleń, warsztatów i prelekcji dla różnych grup zawodowych w zakresie następujących tematów:

1) psychologiczne problemy samobójstw-dynamika zachowań suicydalnych;
2) jak wyjść z kryzysu psychologicznego;

3) komunikacja interpersonalna i asertywność w profilaktyce skutków długotrwałego stresu;
4) radzenie sobie ze skutkami zdarzeń krytycznych;
5) problem samobójstw – myśli samobójcze, tendencje samobójcze, samobójstwa rozszerzone i dokonane;
6) zapobieganie depresji u pracowników służb mundurowych;
7) problemy towarzyszące przejściu na emeryturę w służbach mundurowych;
8) zaburzenia depresyjne jako wynik stresu przewlekłego – profilaktyka, objawy i postacie kliniczne;
9) ryzyko samobójstwa w wyniku stresu przewlekłego;
10) złożone zaburzenia w stanie zdrowia psychicznego po stresie urazowym;
11) współwystępowanie PTSD (zespół stresu pourazowego) z innymi zaburzeniami – depresją, stanami lękowymi, tendencjami samobójczymi, nadużywaniem substancji psychoaktywnych;
12) Zapobieganie samobójstwom.

Łącznie 22 działania, liczba uczestników – 351, w tym 287 funkcjonariuszy.

Lekarze oraz psychologowie Straży Granicznej na bieżąco podejmowali interwencje w przypadku zgłoszenia się funkcjonariuszy i pracowników z problemami oraz prowadzili akcję informacyjną wśród funkcjonariuszy i pracowników o możliwości uzyskania porad u lekarzy oraz psychologów.

W 2014 r. systematyczna działalność psychoprofilaktyczna dotycząca problematyki samobójstw prowadzona była przez wszystkie komórki właściwe w sprawach psychologii w Policji, a zatem na terenie wszystkich garnizonów. Kolejnym z narzędzi służących ograniczaniu ryzyka rozwoju depresji i samobójstw w środowisku policyjnym jest utworzona „sieć wsparcia psychologicznego" obejmująca funkcjonującą komórkę psychologów w każdej komendzie wojewódzkiej/stołecznej Policji, w Komendzie Głównej Policji, CBŚP oraz psychologów w szkołach policyjnych. W celu zapewnienia możliwości korzystania z cyklicznej i kompleksowej pomocy psychologicznej istnieje również system dyżurów w jednostkach terenowych. Rozwiązania te umożliwiają szybki dostęp do profesjonalnej pomocy w sytuacji rozwijającego się kryzysu. W ramach pomocy psychologicznej psychologowie policyjni: udzielali w 2014 r. porad psychologicznych (udzielonych 1 787 osobom), konsultacji (182 osobom) i pierwszej pomocy emocjonalnej (108 osobom), podejmowali interwencje kryzysowe (wobec 480 osób), prowadzili sesje grupowego odreagowania psychicznego oraz psychoterapię.

Cel szczegółowy 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadanie 1.3.2. Realizacja programu szkoleń dla pracowników podległych służb, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu.

Działania, realizowane przez SP ZOZ MSW, mające na celu edukację pracowników resortu spraw wewnętrznych w zakresie realizacji ww. zadania obejmowały:

1) Zaburzenia psychiczne – różne oblicza schizofrenii;
2) Przeciwdziałanie postawom dyskryminacji, nietolerancji, wykluczenia wobec osób z zaburzeniami psychicznymi;
3) O zrozumieniu zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi;
4) Jak rozpoznać i w jaki sposób bronić się przed mobbingiem.

Liczba działań – 10, liczba uczestników – 67.

Centralny Ośrodek Szkolenia Straży Granicznej prowadził szkolenia w zakresie różnic kulturowych. Kontynuowano także szkolenia psychologów i lekarzy Straży Granicznej.

W 2014 r. realizowane były szkolenia opracowane przez psychologów w komendach wojewódzkich i Komendzie Stołecznej Policji, służących rozwijaniu umiejętności rozpoznawania i rozumienia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz podejmowania czynności służbowych w sposób dostosowany do sytuacji osoby.

Cel szczegółowy 1.4 Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadanie szczegółowe: 1.4.2 Szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych.

W zakresie zadania 1.4.2 realizowano szkolenia personelu medycznego organizowane przez poszczególne SP ZOZ MSW, które miały na celu przygotowanie personelu medycznego do rozpoznawania objawów zaburzeń psychicznych oraz pomocy pacjentowi będącemu w kryzysie, w tym m.in. w zakresie kierowania do właściwych placówek wsparcia (łączna liczba szkoleń – 25, liczba pracowników uczestniczących w szkoleniach – 143). Ponadto, na bazie Poradni Zdrowia Psychicznego przy SP ZOZ MSW udzielana była pomoc dla pacjentów w stanach kryzysu psychicznego (poza kontraktem NFZ) w formie poradnictwa (liczba porad – 542), spotkań terapii wspierającej indywidualnej (liczba spotkań terapii wspierającej indywidualnej – 255) oraz spotkań terapii grupowej (liczba spotkań terapii w grupie wsparcia – 77).

W 2014 r. 38 psychologów policyjnych ukończyło *Studium przeciwdziałania przemocy w rodzinie* wraz z superwizjami. Zajęcia przeprowadzone były przez specjalistów Stowarzyszenia na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia". Szkolenie to pozwala psychologom policyjnym w pełni profesjonalnie reagować w sytuacji

wystąpienia przemocy w rodzinie policyjnej.

Zadanie 1.4.5. Realizacja programu psychoprofilaktyki dla funkcjonariuszy służb mundurowych.

Zadanie realizowane było tak jak i w 2013 r. w formie szkoleń psychologicznych podnoszących wiedzę i rozwijających kompetencje policjantów i pracowników Policji w celu lepszego funkcjonowania w służbie/pracy i życiu osobistym. W ramach wskazanych szkoleń organizowano zajęcia dotyczące profilaktyki i radzenia sobie ze stresem oraz programy wsparcia adaptacji zawodowej policjantów w służbie przygotowawczej. Problematyka kryzysu psychicznego była również poruszana w szkoleniach dotyczących zjawiska problematyki samobójstw. Poza działaniami psychoedukacyjnymi formą działań psychoprofilaktycznych w omawianym zakresie było podejmowanie wczesnej interwencji w sytuacjach kryzysowych. Warto nadmienić, że działania, podejmowane były przez psychologów policyjnych (poza organizacją i prowadzeniem turnusów antystresowych w sanatoriach MSW) z własnej inicjatywy. W ramach realizacji zadania mającego na celu ochronę zdrowia psychicznego funkcjonariuszy i pracowników Straży Granicznej realizowane są przez lekarzy podczas wizyt lekarskich oraz badań okresowych oraz przez psychologów w ramach porad psychologicznych, wykładów, warsztatów i badań ankietowych.

Zadanie realizowane było także poprzez organizację turnusów antystresowych na bazie SP ZOZ Sanatoriów Uzdrowiskowych MSW, w których uczestniczyli funkcjonariusze służb podległych lub nadzorowanych przez MSW (Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej). Program turnusu realizowany był w ramach 14 dniowego pobytu. Grupa uczestników turnusu nie przekraczała 10 osób. Uczestnikami turnusów były osoby po przeżytych traumach, w związku z wykonywanymi obowiązkami służbowymi lub po trudnych przeżyciach osobistych. Liczba turnusów – 40, liczba uczestników – 398 funkcjonariuszy.

Państwowa Straż Pożarna - PSP realizowała jak w 2013 r. zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w ramach wewnętrznego Systemu Pomocy Psychologicznej. Zadania realizowało 25 psychologów zatrudnionych w komendach wojewódzkich i szkołach PSP, współpracujący z księżmi kapelanami i wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego PSP (lekarze i ratownicy medyczni). W 2014 r. w programowych szkoleniach doskonalących i innych szkoleniach z zakresu psychoedukacji, uczestniczyło 12 410 strażaków i pracowników cywilnych.

Strażacy, pracownicy cywilni oraz ich rodziny, a także osoby kształcące się w szkołach PSP mają możliwość korzystania z konsultacji/porad psychologicznych związanych z problemami osobistymi, jak i wynikającymi z obciążeń zawodowych/służbowych. W 2014 r. psycholodzy PSP udzieli 3 063 konsultacji i porad, z czego 1 489 dotyczyło spraw osobistych/rodzinnych,

a 1 574 - zawodowych. Mając na względzie minimalizowanie kosztów osobistych i społecznych związanych z wykonywaniem obowiązków służbowych oraz z życiem prywatnym, psycholodzy PSP po szczególnie trudnych zdarzeniach/sytuacjach, podejmują interwencje zapewniając wsparcie dla strażaków i ich rodzin, kadry dowódczej/kierowniczej oraz w sytuacjach wyjątkowych dla cywilnych uczestników zdarzeń. W 2014 r. psycholodzy PSP podejmowali interwencje w związku z 105 zdarzeniami, z czego 34 dotyczyło spraw zawodowych, a 71 osobistych/rodzinnych. Podczas interwencji ze spotkania z psychologiem skorzystały 782 osoby.

Zgodnie z przyjętymi w Systemie Pomocy Psychologicznej założeniami, w 2014 r. kontynuowane było doskonalenie zawodowe dla psychologów komend wojewódzkich i szkół PSP. Część szkoleń, podnoszących kompetencje w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego, skierowana została do koordynatorów ratownictwa medycznego, księży kapelanów oraz dowódców kompanii szkolnych.

Warsztaty i szkolenia zorganizowane przez Komendę Główną PSP:

1) *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w środowisku służby/pracy* – celem spotkania było przygotowanie psychologów realizujących zadania Systemu Pomocy Psychologicznej w PSP do prowadzenia programowej działalności profilaktycznej (edukacja, konsultacje, poradnictwo) i interwencyjnej w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w środowisku służby/pracy. Uczestnicy: 20 osób;
2) *Potrzeby, możliwości i ograniczenia profilaktyki samobójstw w jednostkach organizacyjnych Państwowej Straży Pożarnej* – celem szkolenia było podnoszenie wrażliwości społecznej wobec osób w kryzysie samobójczym, upowszechnianie wiedzy i rozwijanie umiejętności niezbędnych do prowadzenia działalności profilaktycznej i interwencyjnej zachowań samobójczych oraz zainicjowanie prac przygotowujących do opracowania i realizacji programu profilaktyki samobójstw w jednostkach organizacyjnych Państwowej Straży Pożarnej. Uczestnicy: 51 osób (psycholodzy, księża kapelani oraz lekarze PSP);
3) *Umiejętności interpersonalne w zarządzaniu zespołem. Zagrożenia psychospołeczne w środowisku służby i pracy* – celem szkolenia było doskonalenie warsztatu pracy kadry dowódczej w obszarze kompetencji dowódczych i wychowawczych, w tym: rozwijanie umiejętności wczesnego rozwiązywania problemów wychowawczych, zapobiegania oraz skutecznego ich rozwiązywania, wzmocnienie kompetencji w zakresie rozpoznawania i skutecznego reagowania na niepożądane zjawiska występujące w środowisku służby, pracy i szkoły, takie jak mobbing, dyskryminacja, agresja, przemoc, kształtowanie świadomości oraz rozwijanie umiejętności w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w środowisku służby, pracy i szkoły. Uczestnicy: 21 osób

(dowódcy kompanii szkolnych ze szkół PSP, kadra dowódcza Szkolnych Jednostek Ratowniczo-Gaśniczych PSP oraz psycholodzy szkół PSP);

4) *Wypadek ciężki strażaka: organizowanie i udzielanie pomocy* – celem spotkania było doskonalenie warsztatu pracy koordynatorów ratownictwa medycznego i psychologów Państwowej Straży Pożarnej, ze szczególnym uwzględnieniem organizowania i udzielania pomocy w przypadku zaistnienia wypadku ciężkiego strażaka, a także wzmocnienie współpracy pomiędzy koordynatorami i psychologami. Uczestnicy: 37 osób.

Na realizację powyższych przedsięwzięć szkoleniowych Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej przeznaczyła łącznie 24 000 zł. Dodatkowo w 2014 r. pięciu psychologów PSP uczestniczyło w 2-tygodniowych stażach szkoleniowych, z zakresu:

1) profilaktyki uzależnień od alkoholu (3 osoby);
2) profilaktyki i leczenia zaburzeń nerwicowych (2 osoby).

Staże te odbywały się w Oddziale Leczenia Uzależnień oraz Oddziale Leczenia Zaburzeń Nerwicowych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Otwocku i sfinansowane zostały ze środków Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Ważnym elementem profilaktyki zdrowia psychicznego dla strażaków PSP jest możliwość uczestniczenia w organizowanych przez Departament Zdrowia MSW turnusach antystresowych, z których w 2014 r. skorzystało 130 strażaków.

W ramach promocji zdrowia psychicznego Biuro Ochrony Rządu – BOR podejmowało następujące działania:

1) w grupach szkolenia funkcjonariuszy BOR wdrożono cykliczne zajęcia edukacyjne, dotyczące wybranych zagadnień psychologicznych. Tematyka szkoleń objęła m.in. charakterystykę sytuacji trudnych i zagrażających, przyczyny powstawania stresu, sposoby radzenia sobie ze stresem oraz techniki relaksacyjne połączone z zajęciami praktycznymi;
2) przeprowadzono szkolenia w zakresie zasad postępowania z osobą pobudzoną, agresywną oraz sposobów traktowania chorych i podejrzanych o chorobę psychiczną. Szkoleniem objęto funkcjonariuszy pełniących służbę na stanowiskach ochronnych, zabezpieczenia specjalnego oraz przygotowujących się do służby poza granicami kraju.

Łącznie w 2014 r. przeszkolonych zostało 427 funkcjonariuszy.

W zakresie zapobiegania zaburzeniom psychicznym:

1) wykonano badania psychologiczne funkcjonariuszy kierowanych do wykonywania obowiązków służbowych poza granicami kraju oraz kontrolne badania każdorazowo po powrocie z oddelegowania do ochrony placówek o wysokim stopniu zagrożenia terrorystycznego, przebadano 165 funkcjonariuszy;

2) poddano badaniom psychologicznym 201 funkcjonariuszy pełniących służbę na stanowiskach obciążonych niekorzystnymi czynnikami psychospołecznymi, narażonych na stałe napięcia emocjonalne, w tym na stanowiskach decyzyjnych;
3) dofinansowano pobyt w sanatorium 30 funkcjonariuszy, ukierunkowany na redukcję stresu.

Minister Obrony Narodowej

Cel główny 1: Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy 1.1. Upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego , rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających życiu psychicznemu.

Zadanie 1.1.3. Realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach (np. programy szkolenia dla kadry dowódczej, programy profilaktyczne dla żołnierzy powracających z misji zagranicznych).

Dla osiągnięcia ww. celu głównego Minister Obrony Narodowej w 2014 r. kontynuował realizację poniżej wymienionych programów resortowych:

1) *Program osłony psychologicznej uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin;*
2) *Program umacniania dyscypliny, przeciwdziałania uzależnieniom oraz zapobiegania patologiom społecznym w Siłach Zbrojnych RP w latach 2012-2013* do Strategii umacniania dyscypliny, przeciwdziałania uzależnieniom oraz zapobiegania patologiom społecznym w Siłach Zbrojnych RP w latach 2010-2015;
3) Zasady organizacji i funkcjonowania profilaktyki psychologicznej w Siłach Zbrojnych RP.

Ponadto decyzją Nr 434/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 grudnia 2013 r. wprowadzono w resorcie profilaktyczny program zdrowotny pn.: *Program pomocy i edukacji w zespołach zaburzeń stresu pourazowego w ujęciu psychologiczno-psychiatrycznym*, realizowany przez 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika w Bydgoszczy, wyłoniony w drodze konkursu. W ww. programie uczestniczyło 340 osób, a koszt jego realizacji wyniósł 302 400,00 zł.

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

Zadanie 1.1.3: realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach.

W ramach realizacji programów promocji zdrowia Minister Obrony Narodowej organizował:

1) koncerty muzyczne propagujące treści z zakresu profilaktyki uzależnień – 14 koncertów – 1 020 uczestników (żołnierzy i pracowników wojska);
2) formy sceniczne dotyczące uzależnień, przemocy oraz HIV/AIDS wraz z informacjami o charakterze profilaktycznym przedstawianymi w formie happeningu przeznaczone dla żołnierzy i pracowników wojska – 40 spektakli – 3 400 uczestników;
3) warsztaty szkoleniowe dla żołnierzy i pracowników wojska z zakresu profilaktyki zachowań ryzykownych oraz promowania stylu życia wolnego od alkoholu, narkotyków i nikotyny – 10 warsztatów – 343 uczestników.

Cel szczegółowy 1.2: zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadanie 1.2.2: realizacja programów zapobiegania zaburzeniom związanym ze stresem i zaburzeniom nastroju w populacji żołnierzy.

W ramach realizacji programów określonych w ww. zadaniu Minister Obrony Narodowej zorganizował poniższe działania:

1) w ramach realizacji opieki psychologicznej dla uczestników misji poza granicami państwa prowadzono 14 dniowe turnusy leczniczo – profilaktyczne z treningiem antystresowym. Z turnusów w Wojskowych Szpitalach Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnych skorzystało 2 041 uczestników;
2) w systemie kształcenia uzupełniającego w ramach przedmiotu Profilaktyka i Dyscyplina Wojskowa zrealizowano temat: *Wzorce picia napojów alkoholowych – fakty i mity*. Temat był realizowany przez psychologów jednostek wojskowych i wojskowych pracowni psychologicznych dla 100% żołnierzy;
3) w ramach szkolenia programowego pododdziałów zrealizowano m.in. tematy:
   - *Adaptacja do służby w pododdziale. Kryzys psychologiczny - 2 godz*.,
   - *Psychologiczne uwarunkowania zachowań autoagresywnych. Rozpoznawanie i zapobieganie* – 2 godz.,
   - *Komunikacja społeczna w pododdziale*. – 2 godz.,
   - *Funkcjonowanie w sytuacjach trudnych. Rozwijanie kompetencji radzenia sobie ze stresem* – 2 godz.,
   - *Mechanizm powstawania uzależnienia od narkotyków* – 2 godz.,
   - *Zespół przedsamobójczy. Rozpoznawanie i udzielanie pomocy* – 2 godz.,
   - *Psychologiczne aspekty przebywania w izolacji* – 1 godz.,
   - *Stres bojowy. Przyczyny, oznaki, zapobieganie*– 2 godz.,
   - *Zdrowotne i społeczne skutki używania narkotyków i alkoholizmu* – 2 godz.,
   - ww. zajęcia realizowane były przez psychologów jednostek wojskowych;
4) w ramach *Programu osłony psychologicznej uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin* dla dowódców zrealizowano tematy: *Przeciwdziałanie* zachowaniom i zdarzeniom negatywnym. Strach, panika, agresja w pododdziale – techniki przeciwdziałania. Udzielanie pomocy po zdarzeniu traumatycznym i osobom w kryzysie. Stosowanie różnych form pierwszej pomocy psychologicznej, *Podstawy psychopatologii. Rozpoznawanie i przeciwdziałanie zachowaniom patologicznym. Problemy rozłąki* – szkolenia realizowali psychologowie jednostek wojskowych dla wszystkich dowódców kierowanych do służby w Polskich Kontyngentach Wojskowych;
5) w ramach *Programu osłony psychologicznej uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin* dla wszystkich żołnierzy kierowanych do służby poza granicami państwa zrealizowano tematy: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie psychiczne żołnierzy*

w czasie służby poza granicami kraju. Procesy adaptacji, *Stres w czasie służby poza granicami kraju. Rozpoznawanie indywidualnych reakcji na stres – zwłaszcza w zakresie ASD i PTSD*, *Modelowanie zachowań i postaw żołnierzy w trakcie incydentów krytycznych. Sytuacje zakładnicze. Negocjacje i mediacje w sytuacjach zagrożenia* – szkolenia realizowali psychologowie jednostek wojskowych;

6) w ramach zadań zleconych z funduszy przyznanych przez DWiPO zrealizowano warsztaty dla osób po przeżyciach traumatycznych:
   - Misja Neptuna. Turnus szkoleniowo – rehabilitacyjny dla rannych i poszkodowanych w misjach poza granicami kraju – zrealizowany przez Gdański Klub Płetwonurków *Neptun*,
   - *Razem łatwiej* – opieka terapeutyczna nad rannymi i poszkodowanymi w działaniach poza granicami państwa oraz członkami rodzin poległych żołnierzy – zorganizowana przez Stowarzyszenie Rannych i Poszkodowanych w Misjach Poza Granicami Kraju;
   - Warsztaty integracyjne dla rodzin poległych żołnierzy – zorganizowane przez Stowarzyszenie Rodzin Poległych Żołnierzy *Pamięć i Przyszłość,*
   - Sesja *Człowiek i wojna* dla żołnierzy wracających z misji. Ujęcie egzystencjalne, duchowe i moralne – zorganizowana przez Caritas Ordynariatu Polowego WP.

Grupą priorytetową do ochrony przed skutkami silnego stresu, poprzez realizację szkoleń i warsztatów są żołnierze kierowani do służby poza granicami państwa. W 2014 r. była to grupa ok. 1 300 żołnierzy.

W 2014 r. zanotowano wzrost samobójstw wśród żołnierzy:

- 2013 r. − 10 zamachów (6 dokonanych, 4 usiłowane),
- 2014 r. – 18 zamachów (13 dokonanych, 5 usiłowanych).

Trudno ocenić, czy będzie to jednorazowe zaburzenie tendencji spadkowej, jaka utrzymywała się od kilku lat, czy pojawiły się jakieś nowe przyczyny samobójstw i czy wynikają one z warunków służby wojskowej. Na pewno można stwierdzić, że wskazany wzrost nie ma związku z zaburzeniami psychicznymi po misjach, ponieważ wśród żołnierzy, którzy dokonali zamachów samobójczych było tylko trzech weteranów misji poza granicami państwa.

Cel szczegółowy 1.4: organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadanie 1.4.2: szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego ze służbą wojskową.

W resorcie obrony narodowej organizowane jest doskonalenie zawodowe psychologów jednostek wojskowych i wojskowych pracowni psychologicznych, którzy pracują w ramach obowiązków służbowych.

W 2014 r. zorganizowano:

1) długoterminowy kurs z zakresu interwencji kryzysowej na poziomie zaawansowanym (realizacja w latach 2013-2014) – 20 psychologów;
2) warsztaty szkoleniowe dla psychologów podejmujących konsultacje oraz wsparcie żołnierzy, weteranów, pracowników wojska i ich rodzin, zgłaszających się z problemami związanymi ze służbą lub pracą w wojsku pt. *Terapia krótkoterminowa* – 20 psychologów;
3) warsztaty szkoleniowe dla psychologów wojskowych pt. *Psychologia dziecka – diagnoza, profilaktyka i pomoc psychologiczna* − 20 psychologów;
4) warsztaty przygotowujące do realizacji *Programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w środowisku służb mundurowych* − 25 psychologów.

Ponadto Departament Wychowania i Promocji Obronności:

1) zakupił na wyposażenie Psychologicznych Punktów Konsultacyjnych w jednostkach wojskowych 320 kompletów testów psychologicznych na kwotę 45 456,39 zł;
2) opracował i wydał ulotki do wykorzystania przez psychologów podczas zajęć szkoleniowych z żołnierzami i pracownikami resortu obrony narodowej:
   a) ulotka *PTSD* – 5 000 egzemplarzy,
   b) ulotka *Interwencja kryzysowa* – 5 000 egzemplarzy,

Koszt realizacji: 4 000 zł

Zadanie 1.4.3: realizacja programu pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego ze służbą wojskową.

Zgodnie z *Zasadami organizacji i funkcjonowania profilaktyki psychologicznej w Siłach Zbrojnych RP* psychologowie jednostek wojskowych i wojskowych pracowni psychologicznych realizowali konsultacje indywidualne, interwencje kryzysowe po zdarzeniach traumatycznych, uczestniczyli w powiadomieniach o śmierci lub ciężkim zranieniu, udzielali wsparcia psychologicznego rodzinom zmarłych i poszkodowanych żołnierzy i pracowników wojska. W 2014 r. zrealizowano 126 psychologicznych interwencji kryzysowych. W 2014 r. w resorcie obrony narodowej pomocy psychologicznej udzielało 173 psychologów jednostek wojskowych i 123 psychologów wojskowych pracowni psychologicznych. Pomoc psychologiczna w resorcie obrony narodowej świadczona jest w ramach obowiązków służbowych psychologów. Osobami uprawnionymi do otrzymania pomocy psychologicznej są żołnierze, pracownicy resortu obrony narodowej, weterani i weterani poszkodowani, poszkodowani w związku ze służbą lub pracą oraz najbliżsi członkowie rodzin tych osób, a także najbliżsi członkowie rodzin żołnierzy i pracowników resortu obrony narodowej zmarłych w związku ze służbą lub pracą. Pomoc psychologiczna realizowana jest w Psychologicznych Punktach Konsultacyjnych bez ograniczeń rejonizacji – każdy uprawniony może skorzystać z pomocy dowolnie

wybranego specjalisty.

W uzasadnionych przypadkach możliwe są wizyty domowe psychologa jednostki wojskowej (dla dzieci, osób starszych, chorych i niepełnosprawnych – spośród osób uprawnionych).
W 2014 r. psychologowie udzielili 45 360 indywidualnych konsultacji psychologicznych, w tym z 6 505 konsultacji skorzystali weterani misji poza granicami państwa. W PKW Afganistan w 2014 r. przebywało łącznie 3 psychologów, którzy udzielili 1 835 konsultacji oraz przeprowadzili 200 przedsięwzięć profilaktycznych. W placówkach Wojskowej Służby Zdrowia z pomocy psychologicznej skorzystało 119 weteranów oraz weteranów poszkodowanych – żołnierzy. Ww. odbyli średnio po 8 konsultacji indywidualnych. Główne problemy, z którymi zgłaszali się weterani, to:

1) PTSD;
2) problemy rodzinne;
3) problemy w zaaklimatyzowaniu się w środowisku po powrocie z misji;
4) zagrożenie uzależnieniem;
5) depresje;
6) problemy ze snem, rozdrażnienie, problemy z koncentracją;
7) zaburzenia lękowe;
8) zaburzenia nerwicowe.

Narodowy Fundusz Zdrowia

Cel główny 2: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia.

Cel szczegółowy: 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadanie 2.1.1. opracowanie i wdrażanie systemu finansowania świadczeń zdrowotnych uwzględniającego specyfikę środowiskowego modelu opieki i promującego jego rozwój.

Narodowy Fundusz Zdrowia realizował zadanie 2.1.1. w części dotyczącej promowania rozwoju środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, poprzez zwiększanie środków na finansowanie świadczeń opieki psychiatrycznej udzielanych w zakresie leczenia środowiskowego. W 2014 r. na sfinansowano przedmiotowe świadczenia na kwotę o 9,7% większą niż w 2013 r. i aż o 105,4% w odniesieniu do roku 2011. Jednocześnie zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenie środowiskowe ze 124 świadczeniodawcami w 2014 r., tj. o 6 więcej niż w 2013 r. i aż o 64 więcej niż w 2011 r.

Zadanie 2.1.2. zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień stosowanie do potrzeb i rozwoju świadczeń zdrowotnych.

Wskaźnik monitorujący: nakłady na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej w kolejnych latach, wysokość nakładów na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej per capita. Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększył w 2014 r. środki przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z 2 mld 239 mln zł w 2013 r. do 2 mld 319 mln zł w 2014 r. tj. o 3,56%. W 2014 r. Narodowy Fundusz Zdrowia sfinansował przedmiotowe świadczenia na kwotę o 15,09% wyższą niż w 2011 r. Tym samym nakłady na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej per capita wzrosły z 51,73 zł w 2011 r. do 59,73 w roku 2014, tj., o 15,46%.

Samorządy województw

Spośród istniejących w Polsce 16 województw 14 zadeklarowało realizację w 2014 r. zadań wynikających z założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Nr zadania	N województw	% województw realizujących Programu w 2014 r.
Cel szczegółowy: 1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.		
Zadanie 1.1.3.	11	78,6
Cel szczegółowy: 1.3. zapobieganie zaburzeniom psychicznym		
Zadanie 1.3.2.	10	71,4
Cel szczegółowy: 1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego		
Zadanie 1.4.1.	12	85,7
Cel szczegółowy: 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej		
Zadanie 2.1.2.	5	35,7
Zadanie 2.1.3.	3	21,4
Zadanie 2.1.4.	1	7,1
Zadanie 2.1.5.		
Cel szczegółowy: 2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego		
Zadanie 2.2.2.	6	42,9
Zadanie 2.2.3.	10	71,4
Zadanie 2.2.4.	-	-
Cel szczegółowy: 2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi		
Zadanie 2.3.2.	5	35,7
Zadanie 2.3.4.	-	-
Cel szczegółowy: 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy		
Zadanie 2.4.3.	14	100,0

Tabela 18 Realizacja zadań nałożonych przez Program w województwach w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Cel główny 1: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

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

Zadanie 1.1.3. realizacja regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego.

Łącznie 11 z 14 badanych województw (78,6%) deklarujących realizację zadań w ramach Programu realizowało programy promocji zdrowia psychicznego. 3 spośród pozostałych składających sprawozdanie nie realizowały takich działań.

W województwach, w których przeprowadzane były działania dotyczące programu promocji zdrowia psychicznego zadeklarowano realizację 36 programów, które objęły swoim zasięgiem łącznie 42 817 osób. Realizatorami (projekt mógł być realizowany przez więcej

niż 1 podmiot, dlatego procenty nie sumują się do 100) programu były:

1) organizacje pozarządowe – 38,00 %;
2) podmioty lecznicze – 27,00%;
3) samorząd województwa – 25,00%;
4) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 11,00%;
5) osoby fizyczne – 5%.

Cel szczegółowy: 1.3. zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Zadanie 1.3.2. realizacja programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

71,4% województw (10 z 14) realizowało w 2014 r. programy informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W przypadku 2 województw nie uzyskano odpowiedzi na temat tego, czy dane programy były realizowane.

W 2014 r. zadeklarowano realizację na szczeblu wojewódzkim 31 programów, które objęły swoim zasięgiem populację 94 945 osób. Jeden program obejmował średnio 3 798 osób. Programy sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi były realizowane przez następujące podmioty:

1) organizacje pozarządowe (36,70%);
2) samorząd województwa (20,4%);
3) jednostki służby zdrowia (16,30%);
4) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej (12,20%);
5) jednostki oświatowe (6,30%);
6) osoby fizyczne/przedsiębiorstwa (6,30%);
7) uczelnie (2,00%[22]).

Cel szczegółowy: 1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego.

Zadanie 1.4.1. prowadzenie działań (np. kampanie informacyjne, publikacja przewodników) informujących o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych.

W 2014 r. w 12 województwach (z 14 deklarujących realizację zadań w ramach Programu) prowadzono działania informacyjne dotyczące dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych. Wśród podejmowanych działań wymieniano:

1) kampanie informacyjno-promocyjne (22,70%);
2) udostępnienie informatora o możliwościach uzyskania wsparcia (18,20%);

[22] Procenty nie sumują się do 100 z uwagi na możliwość udzielania przez respondentów więcej niż jednej odpowiedzi

3) prowadzenie/aktualizacja baz danych podmiotów odpowiedzialnych za wsparcie (13,60%);
4) telefony zaufania (13,60%);
5) szkolenia/warsztaty (13,60%);
6) porady w poradni zdrowia psychicznego (4,50%);
7) organizacja konferencji (4,50%);
8) współpraca z mediami (4,50%);
9) wspierania imprez promujących określone zachowania (4,50%).

Ogółem działania objęły swoim zasięgiem 4,4 mln osób. Ich realizatorami były:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społeczne (29,30%);
2) samorząd województwa (26,80%);
3) organizacje pozarządowe (22,00%);
4) jednostki oświatowe (4,90%);
5) poradnie psychologiczno-pedagogiczne (4,90%);
6) media (2,4%);
7) trudno powiedzieć (9,70%).

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

Cel szczegółowy: 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadanie 2.1.2. realizacja programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie.

W 2014 r. 5 z 14 samorządów województw deklarujących realizację zadań w ramach Programu podejmowało działania na rzecz zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadanie: 2.1.3. uzgadnianie umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie, z uwzględnieniem ich podległości organizacyjnej (organ założycielski).

Łącznie 3 województwa podjęły w 2014 r. działania na rzecz uzgadniania umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie. W 2 na 3 województwa odnotowano trudności związane z realizacją tego zadania.

Zadanie 2.1.4. opracowanie planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych.

W 2014 r. w jednym województwie podjęto działania na rzecz opracowania planu

stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane z jednoczesnym przenoszeniem zadań. 4 województwa nie podjęły tych działań, ponieważ zostały one zrealizowane w latach wcześniejszych. 9 województw nie podjęło natomiast tego rodzaju działań.

Zadania: 2.1.5. wdrażanie planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo- lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych.

W 2014 r. żaden z samorządów województw deklarujących realizację zadań w ramach Programu nie wdrażał planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane z jednoczesnym przenoszeniem zadań psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Cel szczegółowy: 2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadanie 2.2.2. realizacja wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wojewódzkie programy poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi były realizowane w 6 województwach (42,90%). W tabeli nr 19 znajduje się zestawienie dotyczące liczby osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia oferowanych w województwach.

Liczba osób które skorzystały z form wsparcia	**Pomoc bytowa w 2014 r.:**		**Pomoc bytowa w latach wcześniejszych**	
	N województw	%	N województw	%
0	3	50,00%	3	50,00%
1 - 2 000	3	50,00%	1	16,70%
10 001 - 20 000	0	0,00%	2	33,30%
Liczba osób które skorzystały z form wsparcia	Pomoc mieszkaniowa w 2014 r.:		Pomoc mieszkaniowa w latach wcześniejszych	
	N województw	%	N województw	%
0	4	66,70%	4	66,70%
51 - 100	1	16,70%	2	33,30%
105	1	16,70%	0	0,00%
Liczba osób które skorzystały z form wsparcia	Pomoc stacjonarna w 2014 r.:		Pomoc stacjonarna w latach wcześniejszych	
	N województw	%	N województw	%
0	3	50,00%	3	50,00%
1 - 1 000	1	16,70%	1	16,70%

2 001 - 5000	2	33,30%	1	16,70%
5 001 – 6 000	0	0%	1	16,70%
Liczba osób które skorzystały z form wsparcia	Samopomoc środowiskowa w 2014 r.:		Samopomoc środowiskowa w latach wcześniejszych	
	N województw	%	N województw	%
0	0	0%	3	50,00%
1 – 1 000	3	50,00%	0	0%
2 001 – 3 000	1	16,70%	1	16,70%
3 001 – 4 000	2	33,30%	1	16,70%
>10 000	0	0%	1	16,70%

Tabela 19. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia.
Źródło: Opracowanie własne.

Programy realizowane przez województwa przede wszystkim były skierowane do dzieci i młodzieży, osób starszych i osób z zaburzeniami psychicznymi. Poniżej znajduje się pełne zestawienie dotyczące do jakich grup docelowych samorządy województw kierowały swoje działania poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

- osoby starsze (8,70%),
- dzieci i młodzież (17,40%),
- rodziny (w tym też sami dorośli) (17,40%),
- osoby niepełnosprawne (13,00%),
- osoby z zaburzeniami psychicznymi (też z rodzicami) (26,10%),
- osoby wybrane przez inne instytucje (też pracownicy tych instytucji) (4,30%),
- osoby uzależnione (też z rodzicami) (8,70%).

Zadanie 2.2.3. wspieranie finansowe samopomocowych projektów służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 2014 r. 10 województw (71,4%) wspierało finansowo samopomocowe projekty organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Łączna kwota przeznaczona na wsparcie 42 projektów wyniosła 8 973 016,00 zł. Średnia wysokość przekazanych środków to 213 643,24 zł.

Zadanie 2.2.4. współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego.

Łącznie 13 województw podejmowało współpracę z organizacjami pozarządowymi realizującymi formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego. W sumie zadeklarowano współpracę ze 151 organizacjami. Najczęściej województwa wspierały 1 - 10 organizacji realizujących formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Z liczbą organizacji

zawierającą się w takim przedziale współpracowało w sumie 53,8% samorządów wojewódzkich składających sprawozdanie:

1) 1 - 10 organizacji – 7 województw (53,80%);
2) 11 - 20 organizacji – 4 województwa (30,80%);
3) 21 - 30 organizacji - 2 województwa (15,40%).

Efektem współpracy była realizacja 173 projektów. W poszczególnych województwach realizowane były odmienne ilości projektów:

1) 1 projekt - 1 województwo;
2) 2 projekty - 2 województwa;
3) 6 projektów - 1 województwo;
4) 7 projektów - 1 województwo;
5) 8 projektów - 1 województwo;
6) 10 projektów - 1 województwo;
7) 12 projektów - 3 województwa;
8) 14 projektów - 1 województwo;
9) 40 projektów - 1 województwo;
10) 47 projektów - 1 województwo.

Cel szczegółowy: 2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadanie 2.3.2. realizacja lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 5 województwach w ramach Programu realizowane były formy wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Liczba placówek objętych projektami w 2014 r. była zależna od województwa i wahała się od 4 do 77. Po poszczególnych województwach objętych wsparciem było kolejno 4, 6, 7, 29 i 77 placówek. 3 województwa spośród 5 deklarujących realizację przedmiotowego działania nie objęły nimi przedsiębiorstw. Wśród pozostałych 1 objęło działaniami 12 przedsiębiorstw, drugie zaś 942 przedsiębiorstwa. Liczba osób objętych projektami w 2014 r. wyniosła 10 027 i była zależna od województwa wahając się od 155 do 8 881.

Zadanie 2.3.4. prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 2014 r. jedynie 3 województwa prowadziły kampanie szkoleniowo-informacyjne adresowane do pracodawców promujące zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi. Poszczególne województwa przeprowadziły odpowiednio 2, 5 oraz 6 kampanii.

Kampanie objęły w poszczególnych województwach 9, 12 oraz 1 522 pracodawców.

Tylko jedno z województw zgłosiło problem w realizacji kampanii – był nim brak

zainteresowania ze strony pracodawców.

Cel szczegółowy: 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

Zadanie 2.4.3. *realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego.*

Każde z 14 województw realizowało, koordynowało i monitorowało regionalny program ochrony zdrowia psychicznego.

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

Aktualizacje przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi przygotowało łącznie 9 województw spośród 14 deklarujących realizację zadań w ramach Programu w 2014 r. Pozostałe województwa nie prowadziły działań mających na celu aktualizację ww. przewodnika z różnych przyczyn.

Zaktualizowany przewodnik zawierający informacje o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi został przygotowany przez województwa średnio w nakładzie 393 szt.:

1) 1 (11,10%);
2) 10 (11,10%);
3) 100 (11,10%);
4) 130 (11,10%);
5) 200 (22,20%);
6) 300 (11,10%);
7) 700 (11,10%);
8) 1500 (11,10%).

Przewodniki dostępne były w różnych instytucjach:

1) jednostki pomocy społecznej (45,80%);
2) jednostki służby zdrowia (20,80%);
3) samorząd gminny i powiatowy (8,30%);
4) inne (8,30%);
5) Internet (8,30%);
6) samorząd województwa (4,20%);
7) organizacje pozarządowe (4,20%).

Samorządy powiatów i gmin

Spośród istniejących w Polsce 380 powiatów 228 podmiotów zadeklarowało fakt realizacji w 2014 r. zadań wpisujących się w założenia Programu.

Nr zadania	N powiatów	% powiatów realizujących Program w 2014 r
Cel szczegółowy: 1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.		
Zadanie 1.1.3.	121	53,1
Cel szczegółowy: 1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym		
Zadanie 1.2.2.	201	88,1
Cel szczegółowy: 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi		
Zadanie 1.3.2.	117	51,3
Cel szczegółowy: 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej		
Zadanie 2.1.2.	50	21,9
Cel szczegółowy: 2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego		
Zadanie 2.2.2.	72	31,6
Zadanie 2.2.3.	71	31,2
Zadanie 2.2.4.	58	25,4
Zadanie 2.2.5.	46	20,2
Cel szczegółowy: 2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi		
Zadanie 2.3.2.	77	33,8
Zadanie 2.3.3.	143	62,7
Zadanie 2.3.5.	51	22,4
Zadanie 2.3.6.	77	33,8
Cel szczegółowy: 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy		
Zadanie 2.4.3.	158	69,3
Zadanie 2.4.4.	50	21,9

Tabela 20. Realizacja zadań nałożonych przez Program w powiatach w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne.

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

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

Zadanie 1.1.3. realizacja lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego.

Łącznie 121 powiatów deklarujących realizację zadań wynikających z Programu realizowało programy promocji zdrowia psychicznego.

W powiatach deklarujących realizację zadania zrealizowano w sumie 308 programów, które objęły swoim zasięgiem 922 949 osób. Realizatorami projektów były:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 20,3%;
2) organizacje pozarządowe – 22,1%;
3) samorząd powiatu – 5,4%;
4) jednostki oświatowe – 22,7%;
5) jednostki lecznicze – 6,9%;
6) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 15,4%;

7) PCPR, PUP – 3,9%;
8) samorząd województwa – 0,2%;
9) odpowiedź niejasna – 3,0%.

Cel szczegółowy: 1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Zadanie 1.2.2. realizacja programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym z uwzględnieniem istniejących regulacji prawnych.

W 201 z 228 powiatów deklarujących realizację zadań wynikających z Programu realizowano programy zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i środowisku lokalnym. Pozostałe podmioty nie realizowały takich projektów.

Programy zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym były w pierwszej kolejności ukierunkowane na przeciwdziałanie tego typu zdarzeniom w rodzinie (41,8%), zaś relatywnie rzadziej odnosiły się do przemocy w szkole (32,4%) oraz środowisku lokalnym (25,8%). Programy były przy tym realizowane przez następujące podmioty:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 14,8%;
2) organizacje pozarządowe – 35,2%;
3) samorząd powiatu – 4,9%;
4) jednostki oświatowe – 39,0%;
5) jednostki służby zdrowia – 8,0%;
6) poradnia psychologiczno-pedagogiczna – 2,3%;
7) Policja, prokuratura, sąd, straż miejska – 18,3%;
8) PCPR, PUP – 5,4%;
9) odpowiedź niejasna – 3,2%;
10) brak odpowiedzi – 0,9%.

Cel szczegółowy: 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadanie 1.3.2. realizacja lokalnych programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 117 z 228 powiatów deklarujących realizację zadań wynikających z Programu realizowane były programy informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Łącznie powiaty zrealizowały 270 programów, które objęły swoim zasięgiem 1 429 221 osób.

Realizatorami projektów były:

1) jednostki oświatowe – 34,5%;
2) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 27,7%;
3) organizacje pozarządowe – 27,7%;
4) poradnia psychologiczno-pedagogiczna – 24,3%;
5) samorząd powiatu – 23,7%;

6) jednostki służby zdrowia – 9,6%;
7) PCPR, PUP – 6,2%;
8) odpowiedź niejasna – 1,1%;
9) Policja, prokuratura, sąd, straż miejska – 0,6%.

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

Cel szczegółowy: 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadanie 2.1.2. realizacja programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w powiecie lub gminie.

W 2014 r. tylko 50 powiatów realizowało program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Brak podmiotu realizującego program – 6,1%.

Programami średnio objęte było 50 placówek. Najwięcej było powiatów gdzie działaniami była objęta od jednej do trzech placówek (w sumie 33 powiaty). Poniżej pełne zestawienie:

1) 1 placówka – 16 powiatów;
2) 2 placówki – 4 powiaty;
3) 3 placówki – 13 powiatów;
4) 4 placówki – 2 powiaty;
5) 5 placówek – 2 powiaty;
6) 6 placówek – 2 powiaty;
7) 7 placówek – 4 powiaty;
8) 8 placówek – 1 powiat;
9) 9 placówek – 1 powiat;
10) 10 placówek – 1 powiat;
11) 13 placówek – 1 powiat;
12) 14 placówek – 2 powiaty;
13) 45 placówek – 1 powiat.

W 22 powiatach wystąpiły trudności w realizowaniu programów zwiększenia dostępności do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Problemy te dotyczyły m.in. problemów kadrowo-organizacyjnych.

Cel szczegółowy: 2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadanie 2.2.2. realizacja lokalnego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Lokalne programy poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia

społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi były realizowane w 72 z 228 powiatów deklarujących realizację zadań wynikających z Programu w 2014 r.

W tabeli nr 15 znajduje się zestawienie dotyczące liczby osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia oferowanych w powiatach.

Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	Pomoc bytowa w 2014 r:		Pomoc bytowa w latach wcześniejszych	
	N powiatów	%	N powiatów	%
0	20	36,3%	20	39,2%
1 - 10	2	3,6%	1	2,0%
11 -100	16	29,1%	15	29,4%
101 – 1 000	11	20,0%	8	15,7%
1 001 – 10 000	6	10,9%	7	13,7%
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	Pomoc mieszkaniowa w 2014 r:		Pomoc mieszkaniowa w latach wcześniejszych	
	N powiatów	%	N powiatów	%
0	29	52,7%	28	52,8%
1 - 10	7	12,7%	9	17,0%
11 -100	15	27,3%	13	24,5%
101 – 1 000	4	7,3%	3	5,7%
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	Pomoc stacjonarna w 2014 r:		Pomoc stacjonarna w latach wcześniejszych	
	N powiatów	%	N powiatów	%
0	14	22,2%	14	24,1%
1 - 100	24	38,1%	23	39,6%
101 – 1 000	23	36,5%	20	34,5%
1 001 – 10 000	1	1,6%	1	1,7%
pow. 10 000	1	1,6%		
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	Samopomoc środowiskowa w 2014 r:		Samopomoc środowiskowa w latach wcześniejszych	
	N powiatów	%	N powiatów	%
0	6	9,2%	6	10,0%
1 - 10	2	3,1%	2	3,3%
11 -100	39	60,9%	33	55,0%
101 – 1 000	17	26,1%	19	31,7%
pow. 1 000	1	1,5%		

Tabela 21. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia.
Źródło: Opracowanie własne.

Programy realizowane przez powiaty były przede wszystkim skierowane do osób starszych, dzieci i młodzieży oraz rodzin jako całości. Najrzadziej programami objęte były osoby bezdomnie czy też uzależnione. Poniżej znajduje się pełne zestawienie grup docelowych, do jakich powiaty kierowały swoje działania:

1) osoby z zaburzeniami psychicznymi (też z rodzicami) – 21,6%;
2) osoby niepełnosprawne – 20,5%;
3) osoby starsze – 17,5%;
4) dzieci i młodzież – 13,8%;

5) rodziny (w tym też sami dorośli) – 11,2%;
6) osoby bezrobotne i zagrożone wykluczeniem – 5,6%;
7) osoby wybrane przez inne instytucje (też pracownicy tych instytucji) – 2,2%;
8) osoby uzależnione (też z rodzicami) – 4,9%;
9) osoby bezdomne – 2,2%;
10) program otwarty, skierowany do wszystkich – 0,4%.

Zadanie 2.2.3. wspieranie finansowe samopomocowych projektów służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 2014 r. 71 samorządów powiatowych wspierało finansowo samopomocowe projekty organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
Łączna kwota przeznaczona na wsparcie 198 projektów to 71 106 058 zł. Najwięcej było realizowanych projektów, które otrzymały wsparcie do 50 000 zł (blisko dwie trzecie projektów).

Zadanie 2.2.4. zapewnienie ciągłości wsparcia finansowego projektom pozarządowym realizującym takie formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego.
W 2014 r. łącznie 58 powiatów spośród 228 deklarujących realizację zadań w ramach Programu wspierało finansowo projekty organizacji pozarządowych realizujących formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających działania ciągłego.

Zadanie 2.2.5. zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie.
W 2014 r. łącznie 46 powiatów spośród 228 deklarujących realizację zadań w ramach Programu podjęło działania na rzecz zwiększenia udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie. Powodami, które uniemożliwiały podjęcie podobnych działań w większości powiatów były:
1) inna forma realizacji zadania – 24,2%;
2) brak projektów – 20,3%;
3) brak zapotrzebowania (zainteresowania) – 18,1%;
4) brak kadry – 7,0%;
5) odpowiedź niejasna – 6,6%;
6) brak PCPR – 0,4%.

Procent wydatków w wydatkach ogólnych PCPR-ów	Wydatki w 2014 roku:		Wydatki w latach wcześniejszych	
	N powiatów	%	N powiatów	%
0	0	0,0%	1	2,8%
1 - 10	22	51,2%	17	47,2%
11 -20	9	20,9%	10	27,8%
21-30	8	18,6%	4	11,1%
31-40	1	2,3%	2	5,6%
41-50	1	2,3%	0	0,0%
51-60	1	2,3%	1	2,8%
61-70	0	0,0%	0	0,0%
71-80	1	2,3%	0	0,0%
81-90	0	0,0%	1	2,8%
91-100	0	0,0%	0	0,0%

Tabela 22. Procent wydatków na rzecz pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w wydatkach ogólnych PCPR-ów.
Źródło: Opracowanie własne.

W ponad połowie powiatów deklarujących realizację zadania powiatowe centra pomocy rodzinie przeznaczyły w 2014 r. na rzecz pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi do 10% swoich wydatków.

Cel szczegółowy: 2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadanie 2.3.2. realizacja lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 77 powiatów realizowane były programy rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Tabele nr 17, 18 i 19 przedstawiają dane dotyczące liczby placówek, przedsiębiorstw i osób objętych projektami w powiatach w 2014 r. W większości powiatów wsparciem objęto od 1 do 5 placówek. W sumie w powiatach objęto ich wsparciem 661. W przypadku przedsiębiorstw natomiast w jednej czwartej powiatów nie objęto wsparciem żadnego, z kolei w kolejnej ćwiartce objęto wsparciem od 1 do 5 firm. W sumie było ich 6 001. W efekcie podejmowanych działań skorzystały ze wsparcia 32 564 osoby. Dokładny rozkład danych prezentują poniższe tabele.

Liczba placówek:	N powiatów	%
0	16	23,5%
1 - 5	37	54,4%
6 - 10	8	11,8%
11 - 20	5	7,4%
21 - 30	2	2,9%
Ogółem	68	100,0%

Tabela 23. Liczba placówek objętych projektami w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Liczba przedsiębiorstw:	N powiatów	%
0	9	14,5%
1 - 5	15	24,2%
6 - 10	7	11,3%
11 - 20	8	12,9%
21 - 50	10	16,1%
51 - 100	4	6,5%
101 - 200	3	4,8%
201 - 500	6	9,7%
Ogółem	62	100,0%

Tabela 24. Liczba przedsiębiorstw objętych projektami w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Liczba osób:	N powiatów	%
1 - 10	11	15,3%
11 - 20	6	8,3%
21 - 30	4	5,6%
31 - 40	8	11,1%
41 - 50	7	9,7%
51 - 100	16	22,2%
101 - 200	12	16,7%
201 - 300	2	2,8%
301 - 400	1	1,4%
401 - 500	1	1,4%
501 - 1 000	2	2,8%
1 001 - 5 000	1	1,4%
5 001 i więcej	1	1,4%
Ogółem	72	100,0%

Tabela 25. Liczba osób objętych projektami w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Zadanie 2.3.3. zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 2014 r. 143 powiatów spośród 228 powiatów deklarujących realizację zadań w ramach Programu podjęło działania na rzecz zwiększenia dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacji poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadanie 2.3.5. prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi.

51 powiatów spośród 228 deklarujących realizację zadań w ramach Programu w 2014 r. prowadziło kampanie szkoleniowo-informacyjne adresowane do pracodawców, promujące zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi. Ogółem zrealizowano ich 55. W większości powiatów objęto prowadzonymi kampaniami szkoleniowo-informacyjnymi do 20 pracodawców, ale także od 101 do 500 pracodawców. W ponad połowie powiatów

deklarujących realizację zadania objęto oddziaływaniem kampanii do 10% pracodawców działających na terenie powiatu. Średnio w każdym z powiatów docierano w ramach kampanii do 23,7% pracodawców.

Liczba pracodawców:	N powiatów	%	Odsetek pracodawców:	N powiatów	%
1 - 10	13	25,5%	1 - 10	30	58,8%
11 - 20	7	13,7%	11 - 20	9	17,6%
21 - 30	3	5,9%	21 - 30	2	3,9%
31 - 40	3	5,9%	31 - 40	1	2,0%
41 - 50	0	0,0%	41 - 50	0	0,0%
51 - 100	4	7,8%	51 - 60	0	0,0%
101 - 200	10	19,6%	61 - 70	0	0,0%
201 - 500	9	17,6%	71 - 80	0	0,0%
501 – 1 000	0	0,0%	81 - 90	0	0,0%
1 001 i więcej	2	3,9%	91 - 100		19,6%

Tabela 26. Liczba i odsetek pracowników objętych oddziaływaniem szkoleniowo-informacyjnej w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne.

W 5 powiatach podczas realizacji kampanii szkoleniowo-informacyjnych adresowanych do pracodawców napotkano na problemy, które polegały na braku zainteresowania/niechęci pracodawców do współpracy.

Zadanie 2.3.6. zwiększenie udziału zagadnień zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy.

W 2014 r. łącznie 77 powiatów podjęło działania na rzecz zwiększenia udziału zagadnień zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy.

Cel szczegółowy: 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

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

W 2014 r. łącznie w 158 powiatach realizowany, koordynowany i monitorowany był lokalny program ochrony zdrowia psychicznego.

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

Aktualizacje przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi przygotowało łącznie 50 powiatów.

Zaktualizowany przewodnik zawierający informacje o dostępnych formach opieki zdrowotnej,

pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi został przygotowany przez województwa średnio w nakładzie 58 347 szt.:

1) 1 – 10 szt. – 2,2%;
2) 11 - 100 szt. – 5,4%;
3) 101 - 500 szt. – 4,5%;
4) 501 – 1 000 szt. – 3,6%;
5) 1 001 – 2 000 szt. – 1,3%;
6) 2 001 – 5 000 szt. – 2,2%;
7) pow. 5 000 szt. – 0,9%.

Przewodniki dostępne były w różnych instytucjach:

1) jednostki pomocy społecznej – 33,8%;
2) jednostki organizacyjne samorządu– 20,1%;
3) jednostki służby zdrowia – 17,3%;
4) placówki oświatowe – 7,2%;
5) organizacje pozarządowe – 2,2%;
6) Komisariaty Policji/Straży Miejskiej – 2,2%;
7) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 2,2%;
8) Powiatowe Urzędy Pracy – 2,2%;
9) Internet – 2,2%;
10) Parafie – 2,2%.

Cel główny 1: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

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

Zadanie 1.1.3. realizacja lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego.

Łącznie 147 spośród 473 gmin deklarujących realizację zadań wynikających z Programu realizowało programy promocji zdrowia psychicznego.

W gminach (147), w których przeprowadzane były działania dotyczące programu promocji zdrowia psychicznego zrealizowano 276 programów, które objęły swoim zasięgiem łącznie 356 456 osób.

Cel szczegółowy: 1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Zadanie: 1.2.2. realizacja programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym z uwzględnieniem istniejących regulacji prawnych.

W 375 gmin realizowało programy zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i środowisku lokalnym. Pozostałe podmioty nie realizowały takich projektów.

Realizowane programy dotyczyły poszczególnych rodzajów przemocy. Najwięcej programów

dotyczyło przemocy w rodzinie (41,7%) oraz przemocy w szkole w szkole (31,9%). Z kolei przemocy w środowisku lokalnym poświęcone było 26,4% programów. Programy zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym z uwzględnieniem istniejących regulacji prawnych były realizowane przez następujące podmioty:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 41,6%;
2) organizacje pozarządowe – 12,7%;
3) jednostki oświatowe programów – 26,8%;
4) samorząd gminy – 4,4%;
5) jednostki lecznicze – 4,9%;
6) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 2,5%;
7) Policja, prokuratura, sąd, straż miejska – 15,6%;
8) Odpowiedź niejasna – 0,6%;
9) PCPR, PUP – 0,5%;
10) Kościół – 0,2%.

Cel szczegółowy: 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadanie 1.3.2. realizacja lokalnych programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 108 spośród 473 gmin deklarujących realizację w 2014 r. zadań wynikających z Programu realizowane były programy informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Łącznie gminy zrealizowały 208 programów, które objęły swoim zasięgiem 451 362 osoby. Realizatorami projektów były:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 39,0%;
2) organizacje pozarządowe – 23,1%;
3) samorząd gminy – 10,0%;
4) jednostki oświatowe – 20,6%;
5) jednostki lecznicze – 2,2%;
6) PCPR, PUP – 2,2%;
7) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 1,9%;
8) Policja, prokuratura, sąd, straż miejska – 0,8%.

Cel szczegółowy: 1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego.

Zadanie 1.4.1. tworzenie lokalnych ośrodków pomocy kryzysowej oferujących poradnictwo i pomoc w stanach kryzysu zagrażającego zdrowiu psychicznemu.

W 2014 r. w 24 spośród 473 gmin deklarujących realizację zadań wynikających z Programu

został utworzony ośrodek pomocy kryzysowej oferujący poradnictwo i pomoc w stanach kryzysu zagrażającemu zdrowiu psychicznemu.

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

Cel szczegółowy: 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

***Zadanie 2.1.2*.** realizacja programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w powiecie lub gminie.

W 2014 r. 29 spośród 473 gmin deklarujących realizację zadań wynikających z Programu realizowało program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Programami średnio objęte były 3 placówki, jednak w przypadku jednej gminy było to aż 19 placówek. Najwięcej było gmin gdzie działaniami była objęta jedna placówka (22 gminy). Poniżej pełne zestawienie:

1) 1 placówka (11 gmin - 37,9%);
2) 2 placówki (7 gmin – 24,1%);
3) 3 placówki (3 gminy - 10,3%);
4) 5 placówek (2 gminy – 6,9%);
5) 6 placówek (1 gmina – 3,4%);
6) 8 placówek (1 gmina – 3,4%);
7) 11 placówek (1 gmina – 3,4%);
8) 16 placówek (1 gminy – 3,4%);
9) 17 placówek (1 gmina – 3,4%);
10) 19 placówek (1 gmina – 3,4%).

Odsetek placówek biorących udział w programie ukazuje poniższe zestawienie. W 18 gminach objęło swoimi działaniami 100% placówek:

1) 1 – 10% - 4 gminy (13,8%);
2) 11 – 20% - 2 gminy (6,9%);
3) 21 – 30% - brak;
4) 31 – 40% - 1 gmina (3,4%);
5) 41 – 50% - 2 gminy (6,9%);
6) 51 – 60% - brak;
7) 61 – 70% - brak;
8) 71 – 80% - brak;
9) 81 – 90% - 2 gminy (6,9%);
10) 91 - 100 - 18 gmin (62,1%).

Cel szczegółowy: 2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadanie 2.2.2. realizacja lokalnego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Lokalne programy poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi były realizowane w 67 spośród 473 gmin deklarujących realizację zadań wynikających z Programu w 2014 r.

W tabeli nr 21 znajduje się zestawienie dotyczące liczby osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia oferowanego w gminach.

Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	Pomoc bytowa w 2014 r.		Pomoc bytowa w latach wcześniejszych	
	N gmin	%	N gmin	%
0	17	25,4%	18	26,9%
1 - 10	10	14,9%	8	11,9%
11 -100	23	34,3%	23	34,3%
101 – 1 000	13	19,4%	14	20,9%
1 001 – 10 000	4	6,0%	4	6,0%
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	**Pomoc mieszkaniowa w 2014 r.:**		**Pomoc mieszkaniowa w latach wcześniejszych**	
	N gmin	%	N gmin	%
0	42	62,7%	40	59,7%
1 - 10	14	20,9%	15	22,4%
11 -100	8	11,9%	8	11,9%
101 – 1 000	2	3,0%	3	4,3%
pow. 1 000	1	1,5%	1	1,5%
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	**Pomoc stacjonarna w 2014 r.:**		**Pomoc stacjonarna w latach wcześniejszych**	
	N gmin	%	N gmin	%
0	34	50,7%	35	52,2%
1 - 10	18	26,9%	16	23,9%
11 -100	13	19,4%	14	20,9%
pow. 100	2	3,0%	2	3,0%
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	**Samopomoc środowiskowa w 2014 r.:**		**Samopomoc środowiskowa w latach wcześniejszych**	
	N gmin	%	N gmin	%
0	11	16,4%	16	23,9%
1 - 10	13	19,4%	15	22,4%
11 -100	39	58,2%	32	47,8%
101 - 300	2	3,0%	4	6,0%
pow. 300	2	3,0%	0	0,0%

Tabela 27. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia.
Źródło: Opracowanie własne.

Programy realizowane przez gminy były skierowane przede wszystkim do osób z zaburzeniami psychicznymi. Najrzadziej programami objęte były osoby bezdomne i uzależnione. Poniżej znajduje się pełne zestawienie dotyczące tego do jakich grup docelowych jaka liczba gmin kierowała swoje działania:

1) osoby z zaburzeniami psychicznymi (też z rodzicami) – 19,3%;
2) osoby niepełnosprawne – 16,3%;
3) osoby starsze – 15,3%;
4) rodziny (w tym też sami dorośli) – 11,3%;
5) dzieci i młodzież – 10,7%;
6) osoby bezrobotne i zagrożone wykluczeniem – 10,0%;
7) osoby uzależnione (też z rodzicami) – 9,3%;
8) osoby bezdomne – 5,7%;
9) osoby wybrane przez inne instytucje (też pracownicy tych instytucji) – 2,0%.

Zadanie 2.2.3. wspieranie finansowe samopomocowych projektów służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 2014 r. 50 spośród 473 gmin deklarujących realizację zadań wynikających z Programu wspierało finansowo samopomocowe projekty organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Łączna kwota przeznaczona na wsparcie 104 projektów 6 480 073 zł. Najwięcej było realizowanych projektów, które otrzymały wsparcie nie większe niż 50 000 zł (84 projekty). Powyżej tej kwoty otrzymało wsparcie tylko 13 projektów.

1) 1 – 1 000 zł - 12 projektów, 11,5%;
2) 1 001 – 5 000 zł - 41 projektów, 39,4%;
3) 5 001 – 10 000 zł - 31 projekty, 29,8%;
4) 10 001 – 50 000 zł - 14 projektów, 13,4%;
5) 50 001 – 100 000 zł - 3 projekty, 2,9%;
6) 100 001 – 500 000 zł - 8 projektów, 4,7%;
7) 500 000 – 1 000 000 – 2 projekty, 1,9%;
8) pow. 1 000 000 zł - 1 projekt, 0,9%.

Zadanie 2.2.4. zapewnienie ciągłości wsparcia finansowego projektom pozarządowym realizującym takie formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego.

Łącznie 34 gminy wspierały finansowo projekty organizacji pozarządowych realizujących formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających działania ciągłego. W sumie gminy wsparły 88 projektów. Najczęściej gminy (23 gminy) wspierały finansowo 1 projekt realizujący formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Tylko w 1 gminie wsparcie zostało przekazane na realizację aż 25 projektów.

1) 1 projekt - 23 gminy - 67,6%;
2) 2 projekty - 3 gminy - 8,8%;
3) 3 projekty - 4 gminy - 11,8%;
4) 5 projektów - 2 gminy - 5,9%;
5) 12 projektów - 1 gmina - 2,9%;
6) 25 projektów - 1 gmina - 2,9%.

Cel szczegółowy: 2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadanie 2.3.2. realizacja lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 20 spośród 473 gmin deklarujących realizację w 2014 r. zadań wynikających z Programu realizowane były programy rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.

Tabele nr 21, 22 i 23 przedstawiają dane dotyczące liczba placówek, przedsiębiorstw i osób objętych projektami w gminach w 2014 r. W 15 gminach projektami objęto tylko 1 placówkę, zaś tylko w 1 gminie projektami zostało objętych 6 placówek. Podobnie przedstawiają się dane dotyczące przedsiębiorstw oraz osób objętych projektami (tabele nr 24 i 25).

Liczba placówek:	N gmin	%
0	3	15,0%
1	15	75,0%
2	1	5,0%
6	1	5,0%
Ogółem	20	100,00%

Tabela 28. Liczba placówek objętych projektami w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Liczba przedsiębiorstw:	N gmin	%
0	12	60,0%
1	5	25,0%
2	1	5,0%
10	1	5,0%
21	1	5,0%
Ogółem	20	100,00%

Tabela 29. Liczba przedsiębiorstw objętych projektami w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Liczba osób:	N gmin	%
0	1	5,0%
1	1	5,0%
3	2	10,0%
4	3	15,0%
5	2	10,0%
9	1	5,0%%
10	3	15,0%
15	2	10,0%
18	1	5,0%
20	1	5,0%
22	1	5,0%
30	1	5,0%
60	1	5,0%
Ogółem	20	100,00%

Tabela 30. Liczba osób objętych projektami w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Zadanie 2.3.3. zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

W 2014 r. 50 gmin deklarujących realizację zadań wynikających z Programu podjęło działania na rzecz zwiększenia dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacji poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Gminy podejmowały szeroki wachlarz działań mających na celu zwiększenia dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacji poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (gmin mogły podać więcej niż 1 działanie, dlatego wartości nie sumują się do 100%), w tym:

1) kursy, szkolenia – 17,7%;
2) działania środowiskowe – 15,2%;
3) aktywizacja społeczno-zawodowa – 12,7%;
4) doradztwo i szkolenia zawodowe – 11,4%;
5) poradnictwo psychologiczne – 10,1%;
6) wsparcie w poszukiwaniu zatrudnienia – 8,9%;
7) praktyki/staże zawodowe, prace społecznie użyteczne– 7,6%;
8) warsztaty terapii zajęciowej – 6,3%;
9) rehabilitacja, terapia ruchowa – 5,1%.

Średnio w ramach działań mających na celu zwiększenia dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacji poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi zostało objętych 30 osób w gminie. Poniżej znajduje się zestawienie z danymi dotyczącymi tego ile osób zostało objętych działaniami w danym odsetku gmin:

1) 1 – 10 osób - 44%;

2) 11 - 20 osób - 14%;
3) 21 - 30 osób - 12%;
4) 31 - 40 osób - 10%;
5) 41 - 50 osób - 8%;
6) 51 - 60 osób - 2%;
7) 61 - 70 osób - 0%;
8) 71 - 80 osób - 4%;
9) 81 - 90 osób - 2%;
10) 91 - 100 osób - 0%;
11) 101 - 150 osób - 2%;
12) 151 - 200 osób - 0%;
13) 201 - 300 osób - 2%.

Zadanie 2.3.5. prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi.

Tylko 15 spośród 473 gmin deklarujących realizację zadań wynikających z Programu w 2014 r. prowadziło kampanię szkoleniowo-informacyjną adresowaną do pracodawców, promującą zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi. W 6 gminach prowadzona była jedna kampania, w 3 gminach prowadzone były 2 kampanie, 2 gminy przeprowadziły 3 kampanie, natomiast jedna 4 kampanie.

Większość gmin objęło prowadzonymi kampaniami szkoleniowo-informacyjnymi do 10 pracodawców. Tylko w 1 gminie kampania ta objęta swoim zasięgiem powyżej 100 pracodawców. Średnio w gminach kampania objęła około 11% pracodawców.

Liczba pracodawców:	N gmin	%	Odsetek pracodawców:	N gmin	%
1	1	9,1%	1	3	27,3%
2	2	18,2%	2	1	9,1%
3	2	18,2%	4	1	9,1%
5	2	18,2%	6	1	9,1%
18	1	9,1%	10	1	9,1%
20	1	9,1%	15	1	9,1%
50	1	9,1%	22	1	9,1%
120	1	9,1%	40	1	9,1%
			100	1	9,1%

Tabela 31. Liczba i odsetek pracodawców objętych oddziaływaniem kampanii szkoleniowo-informacyjnej w 2014 r.
Źródło: Opracowanie własne.

W 1 gminie podczas realizacji kampanii szkoleniowo-informacyjnych adresowanych do pracodawców napotkano na problemy, które dotyczyły niechęci do współpracy ze strony pracodawców.

Cel szczegółowy: 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

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

W 165 gminach deklarujących realizację zadań wynikających z Programu realizowany, koordynowany i monitorowany był lokalny program ochrony zdrowia psychicznego. W 26 (15,8%) gminach realizujących lokalne programy ochrony zdrowia psychicznego wystąpiły problemy. Problemy te dotyczyły m.in. braku kadry/lekarzy specjalistów , niskiego zainteresowanie ze strony organizacji pozarządowych , braku specjalistycznych podmiotów leczniczych , trudności organizacyjnych oraz braku diagnozy potrzeb.

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

Aktualizacje przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi przygotowało łącznie tylko 25 gmin. Zaktualizowany przewodnik zawierający informacje o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi został przygotowany przez gminy w średnim nakładzie 495 szt. Nakład przygotowanej aktualizacji przewodnika w gminach przedstawia się następująco:

1) 1 – 10 szt. – 8%;
2) 11 - 100 szt. – 28%;
3) 101 - 500 szt. – 40%;
4) 501 – 1 000 szt. – 16%;
5) 1 001 – 2 000 szt. – 4%;
6) pow. 2 000 szt. – 4%.

Przewodniki dostępne były w różnych instytucjach i urzędach:

1) ośrodki pomocy społecznej – 29,2%;
2) jednostki organizacyjne samorządu – 27,8%;
3) placówki służby zdrowia – 20,8%;
4) placówki oświatowe – 12,5%;
5) organizacje pozarządowe – 5,6%;
6) Komisariaty Policji/Straży Miejskiej – 4,2%.

Rozdział II
Nakłady finansowe przeznaczone na realizację Programu

W latach 2013-2014 r. środki finansowe przeznaczone na realizację Programu przedstawiały się następująco:

Resort	**Wysokość środków na realizację Programu (zł)**	
	2013	**2014**
Minister Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia	30 tys. + 2 239 573 tys.	18 tys.[1]+ 2 319 446 tys.[2]
Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego	22 000 tys.	42 000 tys.
Minister Edukacji Narodowej	5 100 tys.	-
Minister Obrony Narodowej	6 000 tys.	6 617 tys. w tym 6 000 tys. zł na turnusy leczniczo-profilaktyczne dla uczestników misji poza granicami państwa
Minister Pracy i Polityki Społecznej	35 000 tys.	33 000 tys.
Minister Spraw Wewnętrznych	208 tys.	407 tys. w tym 278 tys. na turnusy antystresowe (środki wydatkowane z budżetu MSW w cz. 42, dz. 851.)
Minister Sprawiedliwości *– realizował zadania nie wymagające zaangażowania środków finansowych*		
Jednostki Samorządu Terytorialnego *– z uwagi na to, iż większość jednostek nie podaje danych dotyczących faktycznie poniesionych nakładów, przedstawiane dane w corocznych Informacjach są nieporównywalne* *[1] koszt poniesiony z tytułu uruchomienia portalu sprawozdawczego dla jednostek samorządu terytorialnego celem zbierania danych dotyczących realizacji Programu w 2014 r.*		

[2]wartość wszystkich świadczeń zdrowotnych rozliczonych w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Tabela 32. Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu w latach 2013-2014 przez realizatorów.
Źródło: Opracowanie własne.

Natomiast zalecane nakłady na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w latach 2011-2015 przedstawiały się następująco:

Podmiot	**Przeznaczenie środków**	**2011 r.**	**2012 r.**	**2013 r.**	**2014 r.**	**2015 r.**	**Razem lata 2011-2015**
Minister Zdrowia	profilaktyka i promocja	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	8
	koordynacja	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	4
	systemy informacji	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	18
	inwestycje	2	2	2	2	2	10
Minister Nauki i	badania naukowe	zgodnie z przepisami regulującymi finansowanie badań naukowych					

Szkolnictwa Wyższego							
	profilaktyka i promocja	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,5
	inwestycje	według uzasadnionych potrzeb uprawnionych instytucji					
Minister Sprawiedliwości	zwiększenie dostępności świadczeń	1,97	2,34	2,23	2,23	2,23	11
	profilaktyka i promocja	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	3,75
	inwestycje	5	10	10	10	5	40
Minister Obrony Narodowej	profilaktyka i promocja	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	3,75
	inwestycje	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	1,25
Minister Edukacji Narodowej	profilaktyka i promocja	0,1	0,2	0,4	0,4	0,4	1,5
Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	profilaktyka i promocja	2,2	2,4	2,6	2,8	3	13
	inwestycje	-	0,5	0,5	-	-	1
Minister Pracy i Polityki Społecznej	profilaktyka i promocja	3	3	3	3	3	15
	inwestycje	15	50	50	50	50	215
Razem budżet państwa*)		**37,32**	**78,49**	**78,78**	**78,48**	**73,68**	**346,75**
Jednostki samorządu terytorialnego (JST)**	zwiększenie dostępności świadczeń - zmiany organizacyjne, tworzenie centrów zdrowia psychicznego	46,9	46,9	46,9	46,9	46,9	234,5
	profilaktyka i promocja	6	6	6	6	6	30
Razem budżet państwa i JST*)		**90,22**	**131,39**	**131,68**	**131,38**	**126,58**	**611,25**
Narodowy Fundusz Zdrowia	świadczenia zdrowotne	0	66	132	198	264	660
Razem wydatki na NPOZP*)		**90,22**	**197,39**	**263,68**	**329,38**	**390,58**	**1271,25**

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

Tabela 33. Zalecane nakłady na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (w mln zł).
Źródło: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego w 2014 r. ze środków budżetowych przeznaczonych na naukę przekazał wskazaną powyżej kwotę na wsparcie projektów badawczych z zakresu szeroko pojętego zdrowia psychicznego.

W 2014 r. Minister Sprawiedliwości podobnie jak w poprzednich latach realizacji Programu, nie wydatkował żadnych środków finansowych.

Wysokość środków wydatkowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych na realizację zadań w ramach *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* w 2014 r. wyniosła 407 630 zł, w tym 278 140 zł na turnusy antystresowe. Były to środki wydatkowane z budżetu MSW w cz. 42, dz. 851. Łącznie wszystkimi działaniami objęto grupę 3 174 osób, w tym 1 804 funkcjonariuszy. Pozostali uczestnicy działań to personel medyczny oraz pacjenci przebywający na leczeniu w zakładach.

Uwzględniając poziom deklarowanych w 2014 r. przez województwa (których sprawozdania zostały poddane analizie) na działania skierowane na ochronę zdrowia psychicznego wydatków można stwierdzić, że:

1) województwo lubuskie i podlaskie przeznaczyły na ten cel mniej niż 100 000 zł;
2) województwo mazowieckie, opolskie i śląskie przeznaczyły na ten cel powyżej 100 000 zł do 1 000 000 zł;
3) województwo dolnośląskie, lubelskie, łódzkie, świętokrzyskie przeznaczyły na ten cel powyżej 1 000 000 zł do 5 000 000 zł;
4) województwo kujawsko-pomorskie, małopolskie i zachodniopomorskie przeznaczyły na ten cel powyżej 5 000 000 zł do 10 000 000 zł;
5) województwo warmińsko-mazurskie i wielkopolskie przeznaczyły na ten cel więcej niż 10 000 000 zł, z czego jedno kwotę znacząco wykraczającą poza tę kwotę.

Całkowite nakłady finansowe przeznaczone przez powiaty, których sprawozdania zostały poddane analizie) na działania skierowane na ochronę zdrowia psychicznego w 2014 r. wynosiły:

1) 0 zł – 55 powiatów;
2) 1 – 1 000 zł – 9 powiatów;
3) 1 001 – 10 000 zł – 32 powiaty;
4) 10 001 – 50 000 zł – 21 powiatów;
5) 50 001 – 200 000 zł – 23 powiaty;
6) 200 001 – 500 000 zł – 17 powiatów;
7) 500 001 – 1 000 000 zł – 13 powiatów;
8) 1 000 001 – 5 000 000 zł – 26 powiatów;
9) 5 000 001 – 10 000 000 zł – 2 powiaty;
10) powyżej 10 000 000 zł – 17 powiatów.

Całkowita suma zadeklarowanych wydatków wyniosła w 2014 r. 1 mld 71 mln zł. Średnie nakłady przypadające na jeden powiat deklarujący realizację działań wpisujących się w założenia Programu wynosiły 4 mln zł.

Całkowite nakłady finansowe przeznaczone przez gminy, których sprawozdania zostały

poddane analizie) na działania skierowane na ochronę zdrowia psychicznego w 2014 r. wynosiły:

1) 0 zł - 224 gminy;
2) 1 – 1 000 zł - 32 gminy;
3) 1 001 – 10 000 zł - 51 gmin;
4) 10 001 – 50 000 zł - 58 gmin;
5) 50 001 – 200 000 zł - 43 gminy;
6) 200 001 – 500 000 zł - 24 gminy;
7) 500 001 – 1 000 000 zł - 14 gmin;
8) 1 000 000 – 10 000 000 zł - 12 gmin;
9) powyżej 10 000 001 zł - 15 gmin.

Całkowita suma zadeklarowanych wydatków wyniosła w 2014 r. 537 mln zł. Średnie nakłady przypadające na jedną gminę wynosiły 2 mln zł.

Rozdział III
Podsumowanie realizacji Programu w 2014 r.

Sprawozdania z realizacji Programu złożyły wszystkie instytucje szczebla centralnego. Spośród jednostek samorządu terytorialnego, sprawozdania złożyło 14 z 16 samorządów województw, natomiast na szczeblu powiatów 228 z 314 powiatów, wszystkie miasta na prawach powiatu oraz 1 562 z 2 479 gmin.

Wśród najważniejszych wniosków wynikających z realizacji Programu należy wymienić:

1) w okresie dotychczasowej realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 zwiększono istotnie od 2011 r. nakłady finansowe na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień o 15,38%;
2) w 2014 r. jak i w latach poprzednich obowiązywania Programu nastąpił wzrost środków na finansowanie świadczeń opieki psychiatrycznej udzielanych w zakresie leczenia środowiskowego aż o 105,4% w porównaniu do 2011 r., a także w przedmiocie liczby zespołów leczenia środowiskowego do 124 czyli aż o 64 więcej niż w 2011 r.;
3) w ramach realizacji Programu w 2014 r. wśród najważniejszych działań województwa wymieniały efektywną współpracę samorządu z NGO, wzrost szkoleń i działań informacyjnych, utworzenie nowych jednostek sprzyjało poprawie infrastruktury już istniejącej, zwiększenie świadomości społecznej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego;
4) powiaty oraz gminy jako swoje najważniejsze osiągnięcia w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia psychicznego w 2014 r. wymieniały przede wszystkim działania informacyjne i edukacyjne, działania profilaktyczne, wzrost aktywizacji zawodowej i integracji społecznej osób z problemami psychicznymi;
5) po czterech latach funkcjonowania Programu można stwierdzić, iż najczęściej spośród jednostek samorządu terytorialnego prowadzone były działania informacyjno-edukacyjne, które wpłynęły korzystnie na dostępność osób z zaburzeniami psychicznymi do różnych ofert oparcia i pomocy. Warto podkreślić, iż prowadzone działania przyczyniły się do wzrostu aktywizacji zawodowej i integracji społecznej osób z problemami psychicznymi.

W ramach realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w kolejnych latach najważniejszymi celami są:

1) upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia wzmacniających zdrowie psychiczne;
2) opracowanie i realizacja programów ukierunkowanych na wzrost wiedzy, kształtowanie

postaw i przekonań dotyczących czynników warunkujących zdrowie psychiczne, w celu promowania zachowań sprzyjających zdrowiu psychicznemu,
3) opracowanie i wdrożenie pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży;
4) zapobieganie zaburzeniom psychicznym w tym poprzez wczesne ich wykrywanie i podjęcie wczesnego leczenia;
5) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
6) upowszechnianie szybko dostępnej pomocy dla osób doświadczających kryzysu psychicznego;
7) rozwój i szkolenie kadr uczestniczących w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi;
8) realizacja programów dotyczących zapobiegania depresji i samobójstwom;
9) Ministerstwo Sprawiedliwości wskazało na potrzebę m.in. utrzymania osadzonych przez czas trwania izolacji penitencjarnej w stanie psychicznym umożliwiającym korzystanie z oferty resocjalizacyjnej zakładów i późniejszą niezakłóconą reintegrację społeczną. Kolejnym celem jest także zwiększenie różnorodności oferty programowej dla skazanych uzależnionych.

Wnioski, rekomendacje i kontynuacja działań przewidzianych w Programie

W 2014 r. jako priorytetowe działania Ministerstwo Zdrowia, jako koordynatora Programu, dotyczyły organizacji prawnej i określeniu zasad finansowania Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP). W kontekście prac nad kontynuacją Programu prowadzono również analizy dotyczące możliwości realizacji Programu w przyjętej formule i efektywności i skuteczności zadań określonych w 2010 r. w obecnych i projektowanych ramach prawnych.

Zapis stanowiący, iż Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną dla osób z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym znalazł umocowanie w ustawie z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* (Dz. U. poz. 1916). Zgodnie z postulatami środowiska ekspertów, CZP będą mogły być prowadzone w formie wielorodzajowych przedsiębiorstw podmiotu leczniczego. Będą również sprawować opiekę na określonym obszarze terytorialnym. Narodowy Fundusz Zdrowia określi również sposób finansowania centrów, pozwalający na zapewnienie kompleksowej opieki na danym obszarze.

Projektowane centra powinny obejmować opieką obszar, na którym mieszka od 50 do 200 tys. mieszkańców, a zatem docelowo w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta, jednakże stosownie do lokalnych potrzeb (zgodnie z wytycznymi określonymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015). Przewiduje

się, że spójny terytorialnie obszar zabezpieczenia świadczeń w ramach centrum będzie określany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ i będzie uwarunkowany wielkością populacji i warunkami geograficzno-terytorialnymi danego obszaru. Przewiduje się, że celem szczegółowego określenia sposobu określenia obszarów terytorialnych, dla których przeprowadzane będą postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki psychiatrycznej minister właściwy do spraw zdrowia wyda rozporządzenie, o którym mowa w art. 139 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

Prace nad „koszykiem" świadczeń gwarantowanych – rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wprowadzającym świadczenie gwarantowane w postaci CZP są również na ukończeniu, planowane jest skierowanie go do uzgodnień i konsultacji.

W odniesieniu do programów profilaktycznych - w 2015 r. został ogłoszony konkurs na realizatorów programu przeciwdziałania depresji.

Dodatkowo, Ministerstwo Infrastruktury i Budownictwa, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja i Rozwój, ogłosiło konkurs na makro-innowacje w zakresie realizacji projektów w temacie: „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi". Projekty składane w odpowiedzi na ww. konkurs polegały na opracowaniu (o ile jest to konieczne), przetestowaniu, upowszechnieniu i włączeniu do polityki i praktyki nowych rozwiązań. Celem makro-innowacji jest zapewnienie możliwości wprowadzania zmian do istniejącej praktyki przez podmioty o dużym potencjale oraz realizacji projektów pozwalających na wypracowanie innowacji w zakresie polityki. Problemy, na które poszukiwane będą innowacyjne rozwiązania w powyższym obszarze będą dotyczyły m.in.:

1) braku kompleksowości usług i ograniczonej dostępności do poradni zdrowia psychicznego;
2) izolacji społecznej i zawodowej (m.in. brak mechanizmów wsparcia po zakończonym leczeniu w celu powrotu na rynek pracy i aktywnego udziału w życiu społecznym);
3) braku koordynacji polityk na styku opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego.

Ponadto procedowany w Ministerstwie Zdrowia projekt założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w szczególności w celu wykonania wyroku Europejskiego trybunału Praw Człowieka w sprawie *Kędzior* oraz wyroków Trybunału Konstytucyjnego, stanowić będzie priorytet dalszych działań związanych z realizacją Programu.

Uzasadniona i pilna jest konieczność powtórzenia badania dotyczącego stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa, zarówno w populacji dorosłych, jak i dzieci i młodzieży. Ustawa o zdrowiu publicznym znacznie ułatwi zlecanie i systematyczne prowadzenie tego rodzaju działań.

Niezbędne jest również dalsze wspieranie kadr medycznych poprzez finansowanie rezydentur dla lekarzy specjalistów.

Mając na względzie fakt, iż w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej w 2014 r. leczono pacjentów najczęściej cierpiących na zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz na zaburzenia niepsychotyczne podobnie jak w przypadku udzielanych świadczeń w opiece dziennej i ambulatoryjnej niezwykle istotne jest zaostrzenie polityki antyalkoholowej i realizowanie jej wspólnie z ochroną zdrowia psychicznego. Zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym czynniki ryzyka dla zdrowia psychicznego, w postaci substancji psychoaktywnych (oprócz alkoholu narkotyki i tzw. „dopalacze"), będą przedmiotem działań, prowadzonych równolegle i koordynowanych jednocześnie z działaniami w ramach ochrony zdrowia psychicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia w szczególności polegającymi na profilaktyce.

Podsumowując przedstawioną Informację należy podkreślić, iż podejmowane we wcześniejszych latach wysiłki na rzecz działań ukierunkowanych na rzecz ochrony zdrowia psychicznego wymagają dalszych skoordynowanych działań.

Powinny być realizowane zadania polegające na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej poprzez upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, tworzenie warunków do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Konieczne będzie również finansowanie zadań polegających na inicjowaniu i prowadzeniu badań naukowych, a także monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia psychicznego i jego zagrożeń oraz jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym. Przy realizacji zadań wpisujących się w ten cel operacyjny konieczne będzie korzystanie z doświadczenia zgromadzonego podczas realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015. Dla realizacji zadań istotne będzie korzystanie z wyników badania EZOP - „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej".

Spis tabel

Tabela 1. Wysokość nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2011-2014 4
Tabela 2. Liczba zespołów leczenia środowiskowego w latach 2011-2014. 7
Tabela 3. Liczba świadczeniodawców z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży 2014 r. z podziałem na zakresy. 8
Tabela 4. Zestawienie liczbowe lekarzy psychiatrów i psychiatrów dzieci i młodzieży wg. stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu w latach 2011-2014 10
Tabela 5. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – lekarze i psychologowie (niepowtarzające się PESELE) 2014 r. 11
Tabela 6. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – psychoterapeuci i instruktorzy uzależnień (niepowtarzające się PESELE) 2014 r. 11
Tabela 7. Liczba lekarzy specjalistów w 2014 r. 13
Tabela 8. Liczba rezydentur w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w 2014 r. 13
Tabela 9. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski w wieku 18-64 lata. 14
Tabela 10. Liczba i odsetek pacjentów z rozliczonymi świadczeniami przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach leczenia schizofrenii w 2014 r. według województw. 15
Tabela 11. Liczba uczniów objętych poszczególnymi zajęciami z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej (p-p) wykazanych w Systemie Informacji Oświatowej według danych na 31 marca 2014 r. 37
Tabela 12. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych wg danych SIO (stan na dzień 30 września 2014 r.). 39
Tabela 13. Formy pomocy bezpośredniej dla uczniów szkół realizowane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2013/2014, wykazane w Systemie Informacji Oświatowej według danych na 31 marca 2014 r. 40
Tabela 14. Rodzaje i liczba opinii wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne wg danych SIO z dnia 30 września 2014 r. 41
Tabela 15 Liczba i współczynnik samobójstw osób pozbawionych wolności przebywających w jednostkach penitencjarnych w latach 2011-2014 55
Tabela 16 Liczba skazanych uczestniczących w programach oddziaływań skierowanych do osób doświadczających przemocy domowej, w okresie przed osadzeniem w jednostkach penitencjarnych. 58
Tabela 17. Liczba uczestników wybranych programów wpisujących się w realizację Programu w latach 2010-2014 60
Tabela 18 Realizacja zadań nałożonych przez Program w województwach w 2014 r. 75
Tabela 19. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia. 79
Tabela 20. Realizacja zadań nałożonych przez Program w powiatach w 2014 r. 82
Tabela 21. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia. 85
Tabela 22. Procent wydatków na rzecz pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w wydatkach ogólnych PCPR-ów. 87
Tabela 23. Liczba placówek objętych projektami w 2014 r. 87
Tabela 24. Liczba przedsiębiorstw objętych projektami w 2014 r. 88
Tabela 25. Liczba osób objętych projektami w 2014 r. 88
Tabela 26. Liczba i odsetek pracowników objętych oddziaływaniem szkoleniowo-informacyjnej w 2014 r. 89
Tabela 27. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia. 93
Tabela 28. Liczba placówek objętych projektami w 2014 r. 95
Tabela 29. Liczba przedsiębiorstw objętych projektami w 2014 r. 95
Tabela 30. Liczba osób objętych projektami w 2014 r. 96
Tabela 31. Liczba i odsetek pracodawców objętych oddziaływaniem kampanii szkoleniowo-informacyjnej w 2014 r. 97
Tabela 32. Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu w latach 2013-2014 przez realizatorów. 99
Tabela 33. Zalecane nakłady na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (w mln zł). 100

Spis rycin.

Rycina 1. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych. 5
Rycina 2. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach dziennych psychiatrycznych. 5
Rycina 3. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych. 6
Rycina 4. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach leczenia środowiskowego (domowego). 6
Rycina 5. Liczba pacjentów w zakresie udzielonych świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – leczenie szpitalne. 8
Rycina 6. Liczba pacjentów w zakresie udzielonych świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – leczenie ambulatoryjne. 8
Rycina 7. Liczba pacjentów w zakresie udzielonych świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – leczenie rehabilitacyjne. 9
Rycina 8. Współczynniki samobójstw w polskiej populacji więziennej na tle współczynników samobójstw. 55
Rycina 9. Liczba skazanych objętych treningami zastępowania agresji i liczba grup treningowych, w latach obowiązywania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (2010-2014). 56
Rycina 10.Osadzeni z art. 207 K.k. przebywający w izolacji penitencjarnej według grup wiekowych i płci. 57