SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSPiO.WP.4821.3.2016r.B.C.

Druk nr 976

Warszawa, 19 października 2016 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Przekazuję przyjętą przez Radę Ministrów:

- **Informację o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2015 r.**

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

(-) Beata Szydło

INFORMACJA O REALIZACJI DZIAŁAŃ WYNIKAJĄCYCH Z NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W 2015 ROKU

Podstawa prawna: art. 2 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, 960 i 1245).

Warszawa 2016 r.

Spis treści

Wstęp **3**
Charakterystyka opieki psychiatrycznej w kraju **4**
Rozdział I **12**
Realizacja zadań określonych w Programie **12**
Minister Zdrowia **12**
Minister Edukacji Narodowej **16**
Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej **41**
Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego **53**
Minister Obrony Narodowej **54**
Minister Sprawiedliwości **59**
Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji **66**
Narodowy Fundusz Zdrowia **73**
Samorządy województw **76**
Samorządy powiatów i gmin **83**
Rozdział II **100**
Nakłady finansowe przeznaczone na realizację Programu **100**
Rozdział III **102**
Podsumowanie realizacji Programu **102**

Wykaz skrótów:

AFPWS – Aktywne Formy Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu

CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego

DULUTH – Program korekcyjno-edukacyjny wobec sprawców przemocy

MOS – Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii

MOW – Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze

NGO – Organizacje Pozarządowe (non-govermental organizations)

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

ODN – Ośrodki Doskonalenia Nauczycieli

ORE – Ośrodek Rozwoju Edukacji

Program – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

PSP – Państwowa Straż Pożarna

SP ZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

SzPZ – Szkoła Promująca Zdrowie

ZOZ MSW – Zakłady Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych

Wstęp

Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2015 r., stanowi wykonanie przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. *w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*[1], oraz art. 2 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*[2], który zobowiązuję ministra właściwego do spraw zdrowia do przedkładania Radzie Ministrów, w terminie do dnia 30 września każdego roku, informacji o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w roku poprzednim.

Mając na uwadze wygaśnięcie z dniem 31 grudnia 2015 r. ww. rozporządzenia Rady Ministrów, przedkładana Informacja stanowi ostatnie sprawozdanie z realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w latach 2011-2015.

Informacja składa się z trzech rozdziałów. W Rozdziale I zaprezentowano stan opieki psychiatrycznej w 2015 r. Rozdział II przedstawia działania, jakie zostały podjęte w 2015 r. celem realizacji Programu przez resorty, tj. Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Obrony Narodowej, oraz Narodowy Fundusz Zdrowia i jednostki samorządu terytorialnego. Natomiast Rozdział III zawiera podsumowanie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w latach 2011-2015 oraz wnioski i rekomendacje. Celem zachowania porównywalności informacji zachowano formułę sprawozdań z lat 2012-2014.

[1] (Dz. U. z 2011 r. poz. 128).
[2] (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, 960 i 1245).

Charakterystyka opieki psychiatrycznej w kraju

Odnosząc się do definicji Światowej Organizacji Zdrowia zgodnie, z którą zdrowie: „to nie tylko brak chorób lub kalectwa, ale również stan fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu", aspekt zdrowia psychicznego jest traktowany priorytetowo, o czym świadczy m.in. wzrost w ciągu ostatnich kilku lat finansowania świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Przedmiotowe świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są w warunkach:

- stacjonarnych: oddziałów psychiatrycznych, oddziałów leczenia uzależnień,
- oddziału/ośrodka dziennego: psychiatrycznego, leczenia uzależnień,
- ambulatoryjnych: poradni psychiatrycznych, zespołu leczenia środowiskowego, poradni leczenia uzależnień.

Pozytywne zmiany w zakresie poziomu finansowania powyższych świadczeń, obrazują poniższe dane.

Rok	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2011-2015**
Wysokość nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (w tys.)	2 023 817	2 158 551	2 239 573	2 319 446	2 397 999	18,48%

Tabela 1. Wysokość kosztów realizacji świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w roku 2015 w stosunku do nakładów z 2011 r. (w tys. zł).
Źródło: dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

Nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wzrosły o 18,48% w 2015 r. w stosunku do 2011 r. W przedmiocie umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wartość zawartych umów na 2015 r. przedstawiały się następująco:

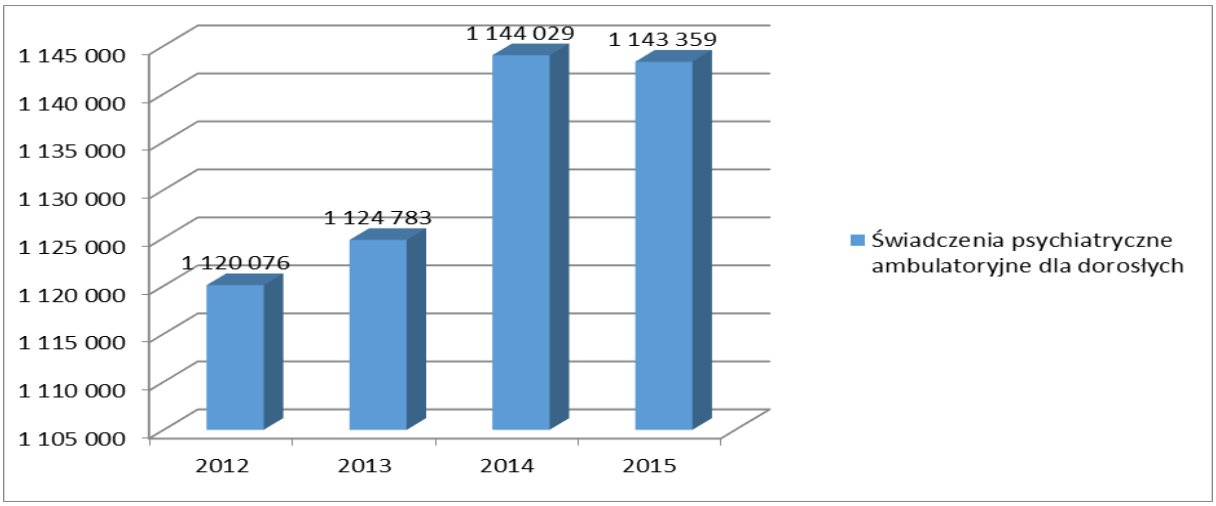
Oddział Wojewódzki NFZ	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		
	plan finansowy (tys. zł)	wartość zawartych umów (tys. zł)	% Uzgodnień
Dolnośląski	183 918,00	182 340,52	99,14%
Kujawsko-Pomorski	120 866,00	117 533,80	97,24%
Lubelski	136 409,00	131 302,92	96,26%
Lubuski	91 277,00	98 540,52	107,96%
Łódzki	156 725,00	144 329,07	92,09%
Małopolski	170 480,00	170 257,33	99,87%
Mazowiecki	360 543,00	374 778,55	103,95%
Opolski	59 868,00	61 477,62	102,69%
Podkarpacki	110 666,00	107 918,19	97,52%

Podlaski	82 350,00	89 711,29	108,94%
Pomorski	145 886,00	148 434,83	101,75%
Śląski	299 359,00	293 468,80	98,03%
Świętokrzyski	68 652,00	65 513,52	95,43%
Warmińsko-Mazurski	88 318,00	78 696,75	89,11%
Wielkopolski	206 696,00	186 971,46	90,46%
Zachodniopomorski	93 139,00	81 598,15	87,61%
Razem	2 375 152,00	2 332 873,32	98,22%

Tabela 2. Wartość zawartych umów na 2015 r. w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
Źródło: dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

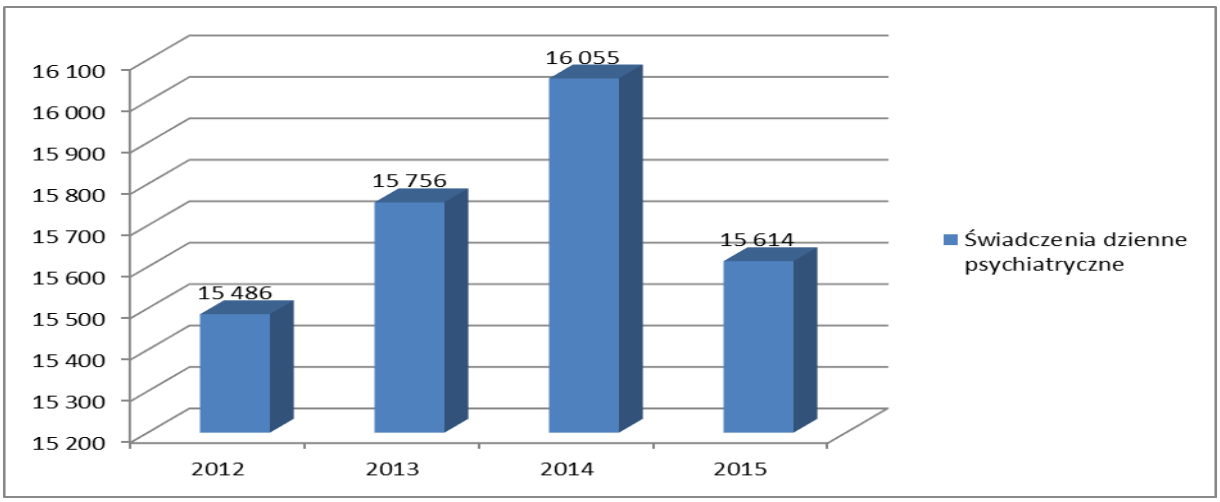
Kwota zawartych umów na 2015 r. wyniosła 2 332 873,32 tys. zł, natomiast procent uzgodnień zawartych umów do wartości planu finansowego wyniósł 98,22%.

W 2015 r. liczba osób dorosłych, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w warunkach ambulatoryjnych wyniosła 1 mln 143 tys. (dla porównania w 2012 r. świadczeń udzielono 1 mln 120 tys. osobom dorosłym) oraz 112 652 dzieciom (w 2012 r. – 100 129 dzieciom). Tym samym corocznie w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej leczy się ponad 1,2 mln osób, czyli 3,3% wszystkich Polaków.

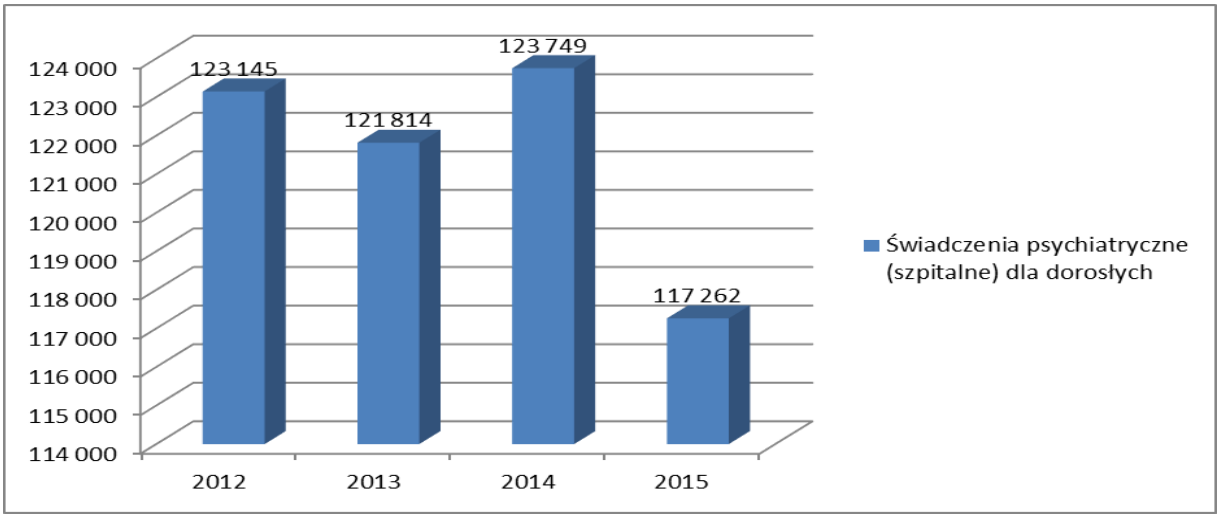


Wykres 1. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach ambulatoryjnych
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

W 2015 r. nastąpił niewielki wzrost świadczeń udzielonych w dziennej opiece psychiatrycznej dla dorosłych z 15 486 (w 2012 r.) do 15 614 osób w 2015 r.

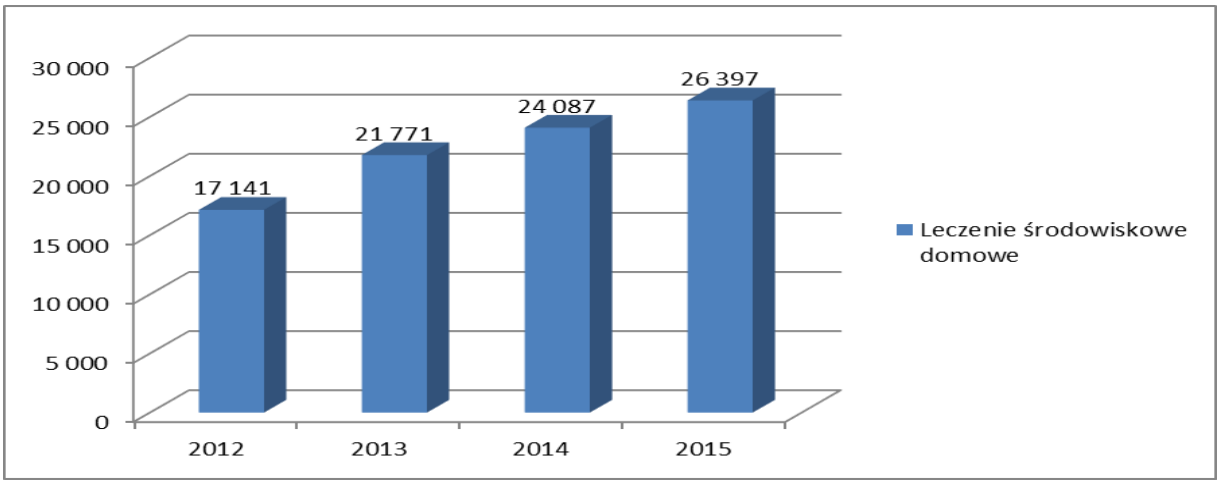


Wykres 2. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach dziennych psychiatrycznych
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.



Wykres 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 26 397 osób w 2015 r.



Wykres 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.

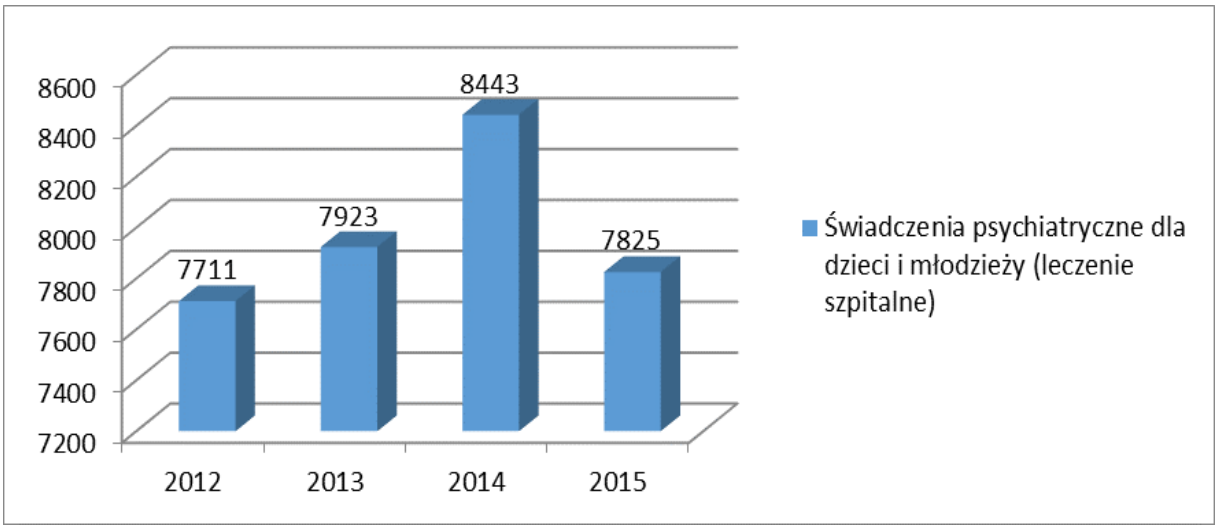
Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

Wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, w 2015 r. największą liczbę stanowiły placówki ambulatoryjne – 157 podmiotów.

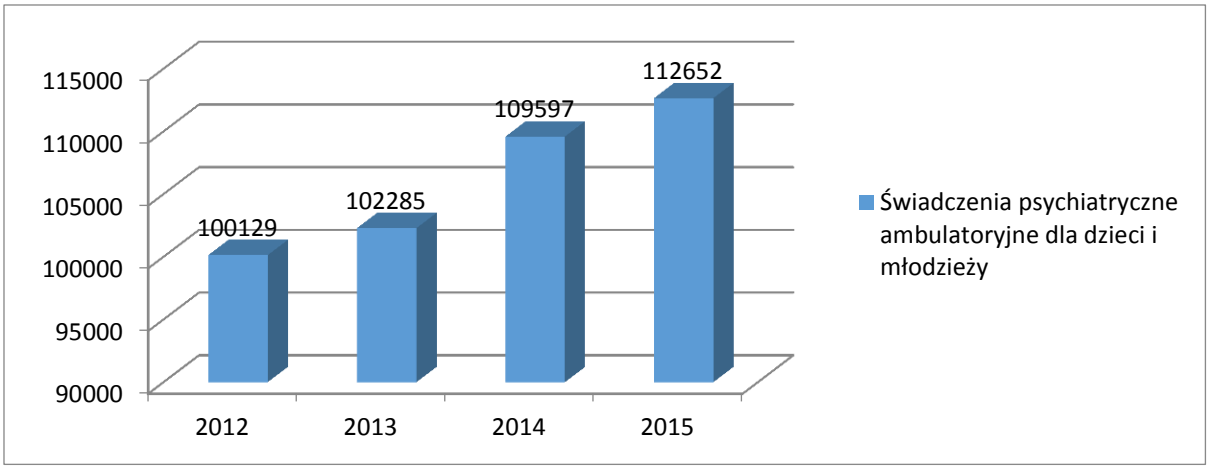
Liczba pacjentów korzystających z tej formy opieki wzrasta systematycznie do poziomu około 112 652 porad rocznie. Z kolei w 29 oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w 2015 r. udzielono świadczeń dla niemal 7 825 pacjentów. Dokładną liczbę świadczeniodawców z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży wg. stanu na 2015 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	33
Świadczenia opiekuńczo lecznicze dla dzieci i młodzieży	2
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze dla dzieci i młodzieży	1
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	157
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich	5
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach maksymalnego zabezpieczenia dla nieletnich	1

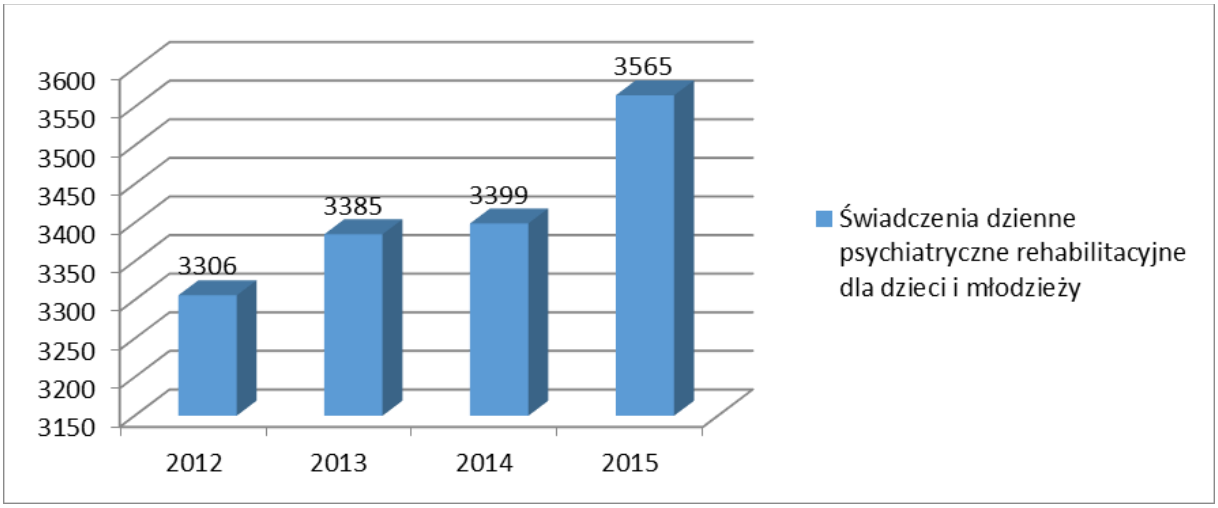
Tabela 3. Liczba świadczeniodawców z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w 2015 r. z podziałem na zakresy.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.



Wykres 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.



Wykres 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.



Wykres 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.

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 112 652 osób w 2015 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 3 565 osób w 2015 r. Podobna tendencja miała miejsce również w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej, w których dostarczono opieki 7 825 pacjentom, co stanowiło wzrost o 114 w porównaniu do 2012 r. (7 711).

Kadry medyczne

Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży systematycznie rośnie. Według danych Centralnego Rejestru Lekarzy RP prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską, liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii wyniosła w 2015 r. 4 301, w tym 4 011 wykonujących zawód (stan na dzień 31.12.2015 r.). Dla porównania, 3 673 lekarzy wykonujących zawód posiadało w 2011 r. ww. specjalizację (stan na dzień 31.12.2011 r.). Nastąpił również wzrost o 46% liczby specjalistów z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży z 283 w 2011 r. do 374 w 2015 r. (wg stanu na dzień 31.12.2015 r.). Zestawienia liczbowe personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2011-2015 zostały przedstawione w tabeli nr 4, 5 i 6.

Dziedzina specjalizacji		2011	2012	2013	2014	2015	Porównanie 2011-2015
Psychiatria							
Liczba Specjalistów	Wyk. Zawód	3 005	3 129	3 222	3 333	3 397	↑ 392
	Wszyscy	3 186	3 302	3 398	3 502	3 558	↑ 372
Liczba specjalistów I st.	Wyk. Zawód	668	647	639	624	614	↓ 54
	Wszyscy	805	788	777	754	743	↓ 62
Razem	Wyk. Zawód	3 673	3 776	3 861	3 957	4 011	↑ 338
	Wszyscy	3 991	4 090	4 175	4 256	4 301	↑ 310
Psychiatria dzieci i młodzieży							
Liczba Specjalistów	Wyk. Zawód	238	253	287	305	333	↑ 95
	Wszyscy	275	295	328	345	373	↑ 98
Liczba specjalistów I st.	Wyk. Zawód	45	43	43	41	41	↓ 4
	Wszyscy	45	43	43	42	42	↓ 3
Razem	Wyk. Zawód	283	296	330	346	374	↑ 91
	Wszyscy	320	338	371	387	415	↑ 95

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 2011-2015.
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	71	32	256	333	44
Kujawsko-Pomorski	39	10	148	135	57
Lubelski	46	29	155	279	29
Lubuski	27	24	29	114	12
Łódzki	92	20	234	189	88
Małopolski	86	34	324	457	84
Mazowiecki	204	68	642	737	208
Opolski	25	18	69	125	14
Podkarpacki	27	27	128	194	46
Podlaski	27	16	125	151	10
Pomorski	58	25	191	244	43
Śląski	114	54	420	609	46
Świętokrzyski	22	8	92	86	22
Warmińsko-Mazurski	5	18	73	51	21
Wielkopolski	79	31	295	340	72
Zachodniopomorski	46	25	135	118	51
SUMA	**968**	**439**	**3 316**	**4 162**	**847**

Tabela 5. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – lekarze i psychologowie (niepowtarzające się PESELE) w 2015 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	48	113	97	73	69
Kujawsko-Pomorski	28	11	55	23	34
Lubelski	30	119	98	35	42
Lubuski	7	56	61	34	39
Łódzki	22	49	20	22	41
Małopolski	162	304	127	86	38
Mazowiecki	145	109	54	16	62
Opolski	23	30	60	23	26
Podkarpacki	34	49	59	17	28
Podlaski	37	86	62	52	8
Pomorski	44	51	92	55	29
Śląski	134	334	167	109	59
Świętokrzyski	27	30	70	25	16
Warmińsko-Mazurski	11	11	26	6	12
Wielkopolski	48	84	174	92	41
Zachodniopomorski	44	15	69	45	28
SUMA	**844**	**1 451**	**1 291**	**713**	**572**

Tabela 6. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – psychoterapeuci i instruktorzy uzależnień (niepowtarzające się PESELE) w 2015 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 Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2015 r. 10 924 pielęgniarki oraz 18 położnych zostało zgłoszonych 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 4 449. W 2015 r. specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego ukończyło 209 pielęgniarek, łącznie 1 110 pielęgniarek posiadało specjalizację z powyższego zakresu – wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r.

Liczba absolwentów kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych zrealizowanych w latach 2000-2015 wyniosła:

1) 2 813 pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;
2) 176 pielęgniarek ukończyło kurs specjalistyczny z zakresu prowadzenia psychoterapii podstawowej z wykorzystaniem elementów psychoterapii kwalifikowanej;
3) 226 pielęgniarek ukończyło kurs specjalistyczny z zakresu rehabilitacji podopiecznych z zaburzeniami psychicznymi;
4) 134 pielęgniarki ukończyły kurs specjalistyczny z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Minister Zdrowia we współpracy z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, realizowało w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2015 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 była 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 2015 r. szkolenie ukończyło 25 terapeutów środowiskowych. Łącznie w ramach Projektu zostało przeszkolonych 163 osoby.

Rozdział I

Realizacja zadań określonych w Programie

W niniejszym rozdziale przedstawiono stan realizacji Programu ze wskazaniem zadań, które były realizowane w okresie sprawozdawczym, tj.: w 2015 r.

Minister Zdrowia

W ramach realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za priorytetowe uznano konieczność realizacji zadania dotyczącego funkcjonowania i instytucjonalizacji Centrów Zdrowia Psychicznego, które bez wątpienia są jednym z najistotniejszych elementów na którym ma być oparta reforma psychiatrii. Skoncentrowano się przede wszystkim na tym zadaniu i podejmowano działania na rzecz ukonstytuowania Centrum Zdrowia Psychicznego. W związku z czym w ustawie z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2015 r. poz.1916) wprowadzono przepis do ustawy z 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* o następującym brzmieniu: *„Art. 5a. Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej."*

Należy wspomnieć również, iż Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opublikowała w dniu 30 września 2015 r. obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opracowanie zawierające wyniki prac nad wyceną świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

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 1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadanie 1.2.3. opracowanie programu zapobiegania samobójstwom

Projekt programu zapobiegania samobójstwom został opracowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, jednakże pomimo podjęcia działań naprawczych i modyfikacji Programu z uwzględnieniem uwag wskazanych w opinii wydanej przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nie był on możliwy do przyjęcia do realizacji. W ocenie Ministra Zdrowia realizacja działań polegających na monitorowaniu i przeciwdziałaniu samobójstwom w ramach programu zdrowotnego (o którym mowa w art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniach* (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) nie jest możliwa z uwagi na charakter działań koniecznych do podejmowania. W dużej mierze są one związane z prowadzeniem współpracy międzyresortowej i po dwóch latach dyskusji i współpracy z gronem wiodących ekspertów, towarzystw naukowych i organizacji pozarządowych uznano, że zadanie to powinno być realizowane jako zadanie z zakresu zdrowia publicznego. Tym samym w ramach Narodowego Programu Zdrowia, będącego aktem wykonawczym do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, realizowany będzie m.in. cel operacyjny jakim jest poprawa dobrostanu psychicznego, a tym samym zmniejszenia liczby samobójstw.

Zadanie 1.2.5. opracowanie programu zapobiegania depresji

Program polityki zdrowotnej pn. Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019 z dniem 9 lutego 2015 r. uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.[3] W związku z powyższym Program przyjęty został do realizacji w dniu 1 lipca 2015 r. Głównym celem programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej w zakresie zaburzeń depresyjnych w Polsce poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Do zadań przewidzianych do realizacji należy:

1) opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w RP;
2) edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu;
3) profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników szkół oraz systemy opieki zdrowotnej.

W ramach realizacji powyższego w dniu 26 sierpnia 2015 r. ogłoszono konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019, na 2015 r. w zakresie zadania: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce. Jednakże mając na uwadze okoliczność, iż wpłynęła tylko 1 oferta, która nie dawała gwarancji zrealizowania wskazanego w konkursie zadania, decyzją Komisji Konkursowej niniejszy konkurs został unieważniony.

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

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

W 2015 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 2.4 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

[3] opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 28/2015 z dnia 9.02.2015 r.

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 2015 r. statystyka publiczna była gromadzona w dotychczasowy sposób w ramach umowy z Instytutem Psychiatrii i Neurologii.

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

1. Promocja i ochrona zdrowia psychicznego w działalności edukacyjnej szkoły. Podstawa programowa kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół.

Problematyka zdrowia psychicznego człowieka, ochrony zdrowia, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu uwzględniona jest w odpowiednim zakresie w podstawie programowej kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół na każdym etapie edukacyjnym. Cele i treści nauczania w ww. zakresie dostosowane są do wieku, doświadczeń społecznych oraz możliwości poznawczych uczniów. Należy zauważyć, iż obowiązujące przepisy obligują szkoły i placówki systemu oświaty do realizacji podstawy programowej, a nad jej realizacją czuwa dyrektor danej szkoły lub placówki, sprawujący nadzór pedagogiczny i właściwy kurator oświaty.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. *w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół* (Dz. U. poz. 977, z późn. zm.) m.in. uwzględnia treści z zakresu edukacji zdrowotnej w wychowaniu przedszkolnym oraz w wielu obszarach kształcenia zintegrowanego w klasach I-III szkoły podstawowej, np. w obszarze wychowania fizycznego, edukacji przyrodniczej i edukacji społecznej oraz na kolejnych etapach kształcenia w szkole podstawowej, gimnazjum i w szkołach ponadgimnazjalnych w przedmiotach: przyroda, biologia, chemia, filozofia, wychowanie do życia w rodzinie, wychowanie fizyczne w dziale dotyczącym edukacji zdrowotnej.

Ze względu na dobro dzieci, kształtowana jest ich świadomość zdrowotna oraz nawyki dbania o zdrowie w codziennych sytuacjach w przedszkolu i w domu przy współpracy z rodzicami.

W szkole podstawowej edukacja zdrowotna obejmuje m.in. kształtowanie odpowiednich nawyków zdrowotnych i wiedzę o chorobach zagrażających zdrowiu oraz sposobach zapobiegania im. W klasach IV-VI szkoły podstawowej na II etapie kształcenia i nauczania treści programowe obejmują m.in. negatywny wpływ alkoholu, nikotyny i substancji psychoaktywnych na zdrowie człowieka, zasady zdrowego stylu życia i uzasadnienie konieczności ich stosowania, a także uczestnictwo w aktywności fizycznej o charakterze rekreacyjnym i sportowym ze zrozumieniem jej znaczenia dla zdrowia. W szczególności wychowanie fizyczne pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej uczniów, wspiera rozwój

fizyczny i psychiczny i społeczny oraz zdrowie uczniów i kształtuje obyczaj aktywności fizycznej i troski o zdrowie w okresie całego życia.

Wybrane treści kształcenia dotyczące edukacji zdrowotnej, w tym zdrowia psychicznego, w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych, znajdują się w przedmiotach takich jak:

- biologia - czynniki wywołujące stres, przykłady pozytywnego i negatywnego działania stresu, sposoby radzenia sobie ze stresem; wpływ hałasu na zdrowie, stany zdrowia i choroby: zdrowie, jako stan równowagi środowiska wewnętrznego organizmu, zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne; choroba jako zaburzenie tego stanu; negatywny wpływ na zdrowie człowieka niektórych substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol, narkotyki i środki dopingujące) oraz nadużywania kofeiny i niektórych leków; najważniejsze choroby; związek pomiędzy prawidłowym wysypianiem się a funkcjonowaniem organizmu, w szczególności wpływ na procesy uczenia się i zapamiętywania oraz odporność organizmu, informacja genetyczna,
- chemia - lecznicze i toksyczne właściwości substancji chemicznych aspiryny, nikotyny, alkoholu etylowego, przyczyny psucia się żywności i sposoby zapobiegania temu procesowi, znaczenie i konsekwencje stosowania dodatków do żywności, w tym konserwantów, wpływ chemicznych zanieczyszczeń,
- wychowanie do życia w rodzinie - budowa prawidłowych relacji międzyludzkich, przyczyny i sposoby rozwiązywania konfliktów, problemy i trudności okresu dojrzewania i sposoby radzenia sobie z nimi, pomoc w rozeznaniu sytuacji wymagających porady lekarza lub innych specjalistów, różnice w rozwoju psychoseksualnym dziewcząt i chłopców, postawy i wzajemne oczekiwania; umiejętność obrony własnej intymności i nietykalności seksualnej oraz szacunek do ciała innej osoby; zagrożenia wieku dojrzewania: presja seksualna, uzależnienia, pornografia, prostytucja nieletnich, korzystanie ze środków przekazu w sposób selektywny, umożliwiający obronę przed ich destrukcyjnym oddziaływaniem; umiejętność korzystania z systemu poradnictwa dla dzieci i młodzieży, normy zachowań seksualnych, przemoc i przestępstwa seksualne, możliwości zapobiegania, sposoby obrony, zagrożenia życia społecznego: alkoholizm, narkomania, agresja, sekty, pornografia; informacja o ośrodkach pomocy psychologicznej, medycznej i prawnej,
- wychowanie fizyczne wraz z edukacją zdrowotną - pojęcie zdrowia, czynniki wpływające pozytywnie i negatywnie na zdrowie i samopoczucie oraz czynniki na które człowiek może mieć wpływ, zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu, wyjaśnianie, na czym polega i od czego zależy dokonywanie wyborów korzystnych dla zdrowia, konstruktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami, sposoby redukowania stresu i radzenia sobie z nim, omawianie znaczenia dla zdrowia dobrych relacji z innymi ludźmi, dawanie i otrzymywanie różnego rodzaju wsparcia, zachowanie asertywne, szkody

zdrowotne i społeczne związane z paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych; wyjaśnianie dlaczego i w jaki sposób należy opierać się presji oraz namowom do używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych, zdrowie jako wartość dla człowieka i zasób dla społeczeństwa, odpowiedzialność za własne zdrowie; konstruktywne, optymistyczne sposoby wyjaśniania trudnych zdarzeń i przeformułowania myśli negatywnych na pozytywne, praca nad sobą dla zwiększenia wiary w siebie, poczucia własnej wartości i umiejętności podejmowania decyzji, radzenie sobie z krytyką, samobadanie i samokontrola zdrowia, poddawanie się badaniom profilaktycznym w okresie całego życia, przyczyny i skutki stereotypów i stygmatyzacji osób chorych psychicznie i dyskryminowanie (np. żyjących z HIV/AIDS), podstawowe prawa pacjenta i aktywność, tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu.

2. Zintegrowanie procesów kształcenia, wychowania i profilaktyki realizowanych w szkole, a promocja i ochrona zdrowia psychicznego.

Szkoły na wszystkich etapach edukacyjnych są zobowiązane do opracowania programu wychowawczego szkoły i programu profilaktyki, dostosowanego do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska. Programy te powstają przy udziale rodziców. Szkolny zestaw programów nauczania, program wychowawczy szkoły oraz program profilaktyki tworzą spójną całość i muszą uwzględniać wszystkie wymagania opisane w podstawie programowej. Zadaniem całej szkoły, jak i każdego nauczyciela jest obowiązek okresowego diagnozowania problemów, podejmowania działań profilaktycznych i korekcyjnych w celu zapewnienia bezpiecznych warunków do rozwoju psychospołecznego uczniów. Wyniki badania ankietowego[4] dotyczącego profilaktyki zachowań zdrowotnych i ryzykownych dzieci i młodzieży w szkołach w 2015 r. wykazały, że 93,2% szkół uwzględnia te zagadnienia w obu programach, 4,98% tylko w programie profilaktyki, a 0,44% tylko w programie wychowawczym**.**

W 43,29% szkołach realizowane są programy profilaktyki uniwersalnej[1] z zakresu zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży i promocji ochrony zdrowia psychicznego, w tym 13,26% z listy programów rekomendowanych[5]; w 37,52% szkołach realizowane są programy profilaktyki uniwersalnej rozwijające kompetencje wychowawcze rodziców i wychowawców,

[4] Ankieta monitorująca realizację działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w szkołach i placówkach. Ankieta umieszczona została na platformie w strefie dla zalogowanych pod adresem: https://sio.men.gov.pl/dodatki/strefa/ w zakładce ANKIETY. Monitoring w 2015 r. przeprowadzono na 15 388 publicznych szkół ogólnodostępnych i specjalnych: podstawowych, gimnazjum, zasadniczych szkół zawodowych, techników, liceów ogólnokształcących.

[5] Rekomendowane programy profilaktyki uniwersalnej, to programy oparte na naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w ramach systemu rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Na stronie MEN i ORE znajduje się link do listy rekomendowanych programów.

w tym 9,03% z listy programów rekomendowanych. 92,88% szkół włączyło do programu wychowawczego szkoły i/lub do programu profilaktyki treści dotyczące przeciwdziałania nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży.

3. Promocja i ochrona zdrowia psychicznego w ramach działań uzupełniających podstawową działalność edukacyjną szkoły – wdrożenie pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży poprzez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego.

3.1. Rozwijanie sieci szkół promujących zdrowie w ramach europejskiego projektu Szkoły dla Zdrowia Europy (SHE – School Healthy Education).

Program upowszechniający szkoły promujące zdrowie jest obecny we wszystkich województwach. Należy do nich blisko 3 tys. szkół, które diagnozują i rozwiązują występujące problemy zdrowotne w społeczności szkolnej i systematycznie przygotowują uczniów do kolejnych etapów edukacyjnych, radzenia sobie w życiu, dokonywania zdrowych wyborów i promowaniu zdrowego stylu życia. Jego podstawowe założenia wpisują się w dydaktyczną, opiekuńczą i wychowawczą rolę szkoły.

W ostatnich latach, pod wpływem nowych doświadczeń oraz zmian w podejściu do promocji zdrowia w Europie i w Polsce, program ten ewoluował i był modyfikowany. W latach 2014–2015 dokonano kolejnej modyfikacji modelu i standardów szkoły promującej zdrowie oraz narzędzi do ich autoewaluacji. W okresie od stycznia do kwietnia 2015 r. Ośrodek Rozwoju Edukacji, zwany dalej: ORE, przeprowadził pilotaż narzędzi w 10 szkołach na terenie pięciu województw. Celem pilotażu było sprawdzenie przydatności zmodyfikowanej wersji narzędzi do autoewaluacji działań w szkole promującej zdrowie. Wyniki pilotażu zostały wykorzystane do opracowania ostatecznej wersji narzędzi, które są upowszechnione we wszystkich wojewódzkich sieciach szkół promujących zdrowie i będą stanowić podstawę do ubiegania się szkół o nadanie Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie. Materiały dotyczące zmodyfikowanych narzędzi do autoewaluacji w Szkole Promującej Zdrowie udostępnione są na stronie internetowej Ośrodka Rozwoju Edukacji, w zakładce Szkoła Promująca Zdrowie: http://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-19445/szkola-promujaca-zdrowie/narzedzia-do-autoewaluacji

W 2015 r. ORE zorganizował szkolenia dla wojewódzkich, regionalnych oraz szkolnych koordynatorów programu Szkoła Promująca Zdrowie, zwany dalej: SzPZ, których celem było wspieranie koordynatorów sieci SzPZ w działaniach na rzecz podnoszenia jakości pracy szkół, uczestniczących w programie:

- Szkolenie pt.: *Autoewaluacja w szkole promującej zdrowie – podsumowanie pilotażu*. Celem szkolenia była analiza przydatności narzędzi do autoewaluacji działań w szkole promującej zdrowie. W szkoleniu, realizowanym w formie warsztatów, wzięło udział 16 osób (przedstawiciele szkół pilotażowych);
- Szkolenie pt. *Szkoła Promująca Zdrowie – tworzenie lokalnych strategii służących zwiększaniu zasobu szkół promujących zdrowie*. W szkoleniu (dwie edycje), realizowanym w formie wykładów i warsztatów, wzięło udział 55 osób;
- Szkolenie pt. *Wspieranie rozwoju i podnoszenie jakości pracy szkół promujących zdrowie*. Celem było upowszechnienie idei szkół promujących zdrowie. Wzięło w nim udział 24 wojewódzkich i regionalnych koordynatorów szkół promujących zdrowie;
- Wręczenie Krajowych Certyfikatów Szkoła Promująca Zdrowie. Minister Edukacji Narodowej przyznała prestiżowe wyróżnienia kolejnym 33 szkołom należącym do sieci szkół promujących zdrowie w Polsce. Przyznanie certyfikatu jest potwierdzeniem, iż szkoła pracuje zgodnie z modelem szkoły promującej zdrowie oraz wyrazem uznania dotychczasowych osiągnięć będących wynikiem wieloletniej i systematycznej pracy. W 2015 r. Krajowe Certyfikaty Szkoły Promująca Zdrowie uzyskało 33 szkół (łącznie Krajowy Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie posiada 175 szkół);

Koszt: 11.595 zł. Źródło finansowania: budżet ORE.

3.2 Realizacja trzyletniego pilotażowego projektu pt. *Promocja zdrowia społeczności szkolnej.*

W dotychczasowych doświadczeniach szkół promujących zdrowie w Polsce koncentrowano się głównie na działaniach ukierunkowanych na zdrowie uczniów, mniej na promocji zdrowia pracowników szkoły i rodziców uczniów. Projekt pt. *Promocja zdrowia społeczności szkolnej* opracowany został w oparciu o założenia i doświadczenia dwóch realizowanych w Polsce i Europie siedliskowych programów promocji zdrowia: szkoły promującej zdrowie oraz promocji zdrowia w miejscu pracy. Realizacja projektu dostarczyła konkretnych propozycji działań podejmowanych w szkołach promujących zdrowie w zakresie promocji zdrowia całej społeczności szkolnej oraz przykładów dobrej praktyki.

W ramach projektu w 2015 r. zostały zorganizowane dla realizatorów seminarium i konferencja:

1) Seminarium pn. *Promocja zdrowia społeczności szkolnej*. Uczestnikami byli przedstawiciele 44 szkół biorących udział w realizacji projektu - 37 osób;
2) Konferencja pn. *Promocja zdrowia społeczności szkolnej.* Uczestnicy: 59 osób.

Koszt: 3.250 zł. Źródło finansowania: budżet ORE.

3.2. W ramach podnoszenia jakości realizacji edukacji zdrowotnej w szkole zorganizowano:

1) Szkolenie pt.: *Ruch i zdrowe żywienie w szkole*. Celem szkolenia było przygotowanie oraz wspieranie szkół w tworzeniu własnej polityki z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, przygotowanie do podjęcia w szkołach działań dla tworzenia własnej polityki z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. W szkoleniu realizowanym w formie warsztatów wzięło udział 26 osób - przedstawicieli szkół z Krajowym Certyfikatem Szkoły Promującej Zdrowie.
2) W ramach projektu systemowego *System doskonalenia nauczycieli oparty na ogólnodostępnym kompleksowym wspomaganiu szkół* we współpracy z Zespołem ds. Promocji Zdrowia w Szkole ORE opracowany został materiał szkoleniowy pt. *Sieć współpracy i samokształcenie dla nauczycieli. Kształtowanie umiejętności psychospołecznych na lekcjach wychowania fizycznego jako element edukacji zdrowotnej*. Celem sieci jest tworzenie warunków do współpracy i wymiany doświadczeń nauczycieli dotyczących rozwiązań organizacyjno-metodycznych, ukierunkowanych na budowanie poczucia własnej wartości uczniów oraz kształtowanie umiejętności psychospołecznych, ze szczególnym uwzględnieniem: pracy zespołowej, komunikowania się, brania odpowiedzialności za dokonywane wybory. Opracowany w ramach sieci pakiet materiałów zawiera scenariusze spotkań dla nauczycieli wychowania fizycznego biorących udział w szkoleniach oraz edukacyjny materiał filmowy.

Koszt: 8 500 zł. Źródło finansowania: Projekt systemowy pn. *System doskonalenia nauczycieli oparty na ogólnodostępnym kompleksowym wspomaganiu szkół*.

3) Opracowano i udostępniono materiały edukacyjne z zakresu edukacji zdrowotnej na stronie ORE:
   - Publikacja pt. Wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna w bezpiecznej i przyjaznej szkole – praca zbiorowa pod redakcją Piotra Wróblewskiego. Publikacja podkreśla znaczenie edukacji zdrowotnej oraz aktywnego udziału uczniów w zajęciach wychowania fizycznego. http://www.ore.edu.pl/materialy-do-pobrania-53488/category/65-materialy-dot-programu-edukacja-zdrowotna

Koszt: 3 000 zł. Źródło finansowania: budżet ORE.

   - Popularyzowanie przykładów dobrych praktyk z zakresu edukacji żywieniowej oraz aktywności fizycznej w szkołach w ramach prowadzonego przez Zespół Promocji Zdrowia w Szkole Banku Dobrych Praktyk. Bank udostępniany jest na stronie internetowej ORE. Liczba artykułów zamieszczonych w 2015 r. - 4 (łącznie 17 artykułów)
     http://www.ore.edu.pl/bank-dobrych-praktyk

Koszt: 1 400 zł. Źródło finansowania: budżet ORE.

3.4. Upowszechnianie informacji o programach profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

W celu poprawy skuteczności działań wychowawczych, z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zachowań problemowych i ryzykownych dzieci i młodzieży powstał System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego oraz Baza programów rekomendowanych[6]. W bazie znajdują się informacje na temat profesjonalnych programów: promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki, leczenia, redukcji szkód oraz opieki post terapeutycznej. Są to programy, które poddane zostały ocenie i selekcji przez Zespół specjalistów, zgodnie z przyjętymi nowymi standardami i kryteriami jakości, opracowanymi w ramach Systemu oraz określonymi w Programie Exchange on Drug Reduction Action (EDDRA). Ośrodek Rozwoju Edukacji, na podstawie przedstawionych w Bazie informacji, przygotował i upowszechnia wykaz programów, pn.: Bank Programów Profilaktycznych z podziałem na poziomy profilaktyki. Wykaz zawiera krótki opis programu i informacje o poziomie rekomendacji. Umożliwia również przekierowanie do informacji o autorach, adresatach, celach i treściach programów, a także dane teleadresowe do kontaktu z ich koordynatorami. Informacja jest dostępna na stronie internetowej: http://www.ore.edu.pl/programy-profilaktyczne/bank-programow-profilaktycznych/bank-programow-profilaktycznych-22811.

3.5. Upowszechnianie wybranych programów edukacyjnych zwiększających kompetencje wychowawcze nauczycieli i rodziców

1) Program pn. *Szkoła dla Rodziców i Wychowawców"* zwiększający kompetencje wychowawcze rodziców i nauczycieli. Program przyczynia się do budowania silnej więzi między rodzicami lub wychowawcami a dziećmi – najważniejszego czynnika chroniącego przed zachowaniami problemowymi. Umiejętności nabyte podczas szkolenia pomagają rodzicom prowadzić oparty na wzajemnym szacunku dialog z dzieckiem, wprowadzać zdrową dyscyplinę, właściwie reagować na nieprawidłowe zachowania dziecka. Nauka umiejętności lepszego porozumiewania się, refleksja nad własną postawą wychowawczą, wymiana doświadczeń, to małe kroki ku głębszej relacji, dającej zadowolenie i poczucie wzajemnej bliskości. Program wskazuje rodzicom, jak wspomagać dziecko w budowaniu poczucia własnej wartości i określaniu swoich kompetencji, kształtowaniu zdrowych relacji z autorytetami i rówieśnikami. Pomaga im także diagnozować sytuacje trudne aby

[6] System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego oraz Baza programów rekomendowanych powstała w 2010 r. Porozumienie zostało zawarte pomiędzy Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Psychiatrii i Neurologii, Państwową Agencją Rozwiazywania Problemów Alkoholowych i Ośrodkiem Rozwoju Edukacji. W bazie znajdują się informacje na temat profesjonalnych programów: promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki, leczenia, redukcji szkód oraz opieki postterapeutycznej. Wykaz programów jest dostępny na stronie KBPN http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=105944, ORE i PARPA).

wprowadzać skuteczne rozwiązania profilaktyczne uprzedzające pojawianie się nieprawidłowych zachowań dzieci.

W 2015 r. ORE przeprowadził szkolenie dla edukatorów-koordynatorów programu *Szkoła dla Rodziców i Wychowawców*. *Mediacje i negocjacje w szkole*". Celem szkolenia było podniesienie kompetencji wychowawczych i profilaktycznych osób uczestniczących w budowaniu sieci współpracy w programach *Szkoła dla Rodziców i Wychowawców* poprzez przygotowanie realizatorów do wspierania szkoły w radzeniu sobie z sytuacjami konfliktowymi na jej terenie, promowanie idei rozwiązywania konfliktów w szkole i placówce poprzez dialog oraz doskonalenie umiejętności rozwiązywania konfliktów. Przygotowanie edukatorów-koordynatorów, a następnie nauczycieli do pracy wychowawczej jest wpisane działania obejmujące promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

W szkoleniu uczestniczyły 33 osoby.

Koszt: 1 600 zł. Źródło finansowania: budżet ORE.

W 2015 r. poprzez sieć przygotowanych przez ORE edukatorów i realizatorów Programu przeprowadzono:

- szkolenia dla 225 grup w 800 placówkach oświatowych, w których brało udział 3 054 osób, w tym: 2 615 rodziców i 439 nauczycieli,
- 55 szkoleń dla profesjonalistów (psychologów i pedagogów) w 340 placówkach oświatowych. W szkoleniach brało udział 688 osób - realizatorów programu,
- 54 rady pedagogiczne, w których uczestniczyło 945 rodziców i 935 nauczycieli z 60 placówek oświatowych różnego szczebla,
- 20 konferencji regionalnych, w których uczestniczyło 150 rodziców i 1084 nauczycieli z 215 placówek oświatowych,
- 5 regionalnych seminariów dla 181 realizatorów programu przeprowadzonych przez koordynatorów wojewódzkich programu,
- 17 superwizji przeprowadzonych przez edukatorów programu, w których uczestniczyło 85 realizatorów programu,
- 307 grup wsparcia prowadzonych przez realizatorów programu przeznaczonych dla 286 absolwentów warsztatów,
- 7 szkoleń dla 56 rodziców zastępczych i kandydatów na rodziców zastępczych, przeprowadzonych ramach oferty dla szczególnych odbiorców w programie „*Zastępcze Rodzicielstwo.*

ORE - Wydział Wychowania i Profilaktyki prowadzi również na stronie internetowej bank certyfikowanych realizatorów programu *Szkoła dla Rodziców i Wychowawców* zawierający dane teleadresowe osób uprawnionych do prowadzenia szkoleń na terenie kraju:

http://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-98419/szkoa-dla-rodzicow-iwychowawcow/realizatorzy.

2) Program *Golden Five* adresowany do nauczycieli i uczniów gimnazjum, upowszechniany był w 2015 r. przez instruktorów z terenu całego kraju. W 2015 r. sieć instruktorów liczyła 126 osób.

Program upowszechniany jest kaskadowo – ORE szkoli instruktorów programu, którzy następnie wspierają nauczycieli w trakcie realizacji Programu w klasach (szczególnie w procesie adaptacji uczniów w I klasach gimnazjów). Celem Programu jest doskonalenie umiejętności nauczycieli i wychowawców w budowaniu pozytywnego klimatu i zarządzaniu klasą, w tym prowadzenia oddziaływań integrujących klasę. Na stronie Wydziału Wychowania i Profilaktyki znajdują się informacje o programie wraz z danymi kontaktowymi do rekomendowanych instruktorów: http://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-98419/golden-five/golden5-instruktorzy. W ORE w 2015 r. zorganizowano 2 seminaria dla 11 instruktorów i trenerów Programu *Golden Five*.

Koszt: w ramach obowiązków służbowych. Źródło finansowania: budżet ORE.

3) Program *Budowanie strategii pracy z uczniem przejawiającym zaburzenia zachowania w środowisku szkolnym i rodzinnym, w ramach projektu WSPE Uczeń z zaburzeniami zachowania*.

Program ma na celu rozwijanie kompetencji kadr pedagogicznych w zakresie pracy z dzieckiem przejawiającym zaburzenia zachowania, jak również doskonalenie umiejętności współpracy specjalistów ze środowiskiem szkolnym, w szczególności: psychologa, pedagoga z poradni psychologiczno-pedagogicznej lub ośrodka doskonalenia nauczycieli. Uczestnicy szkolenia poznają metody diagnozy sytuacji dziecka i zasady konstruowania strategii korygujących te zachowania. Program upowszechniany jest przez sieć 96 liderów posiadających uprawnienia do szkolenia kadry pedagogicznej szkół i placówek. W szkoleniach prowadzonych przez liderów uczestniczy rocznie ok. 1 000 nauczycieli z terenu całego kraju. W 2015 r. ORE przeprowadził szkolenie dla nowej (czwartej) grupy liderów programu. Uczestniczyło w nim 19 specjalistów z 15 województw.

Koszt: 2 000 zł. Źródło finansowania: budżet ORE.

3.6. Szkolenia i konferencje dla specjalistów z zakresu rozpoznawania problemów z obszaru zdrowia psychicznego u dorastających oraz przygotowanie ich do wspierania nauczycieli w pracy z uczniami z grup ryzyka:

1) Konferencja pn. *Promocja zdrowia i profilaktyka – inwestycją w kapitał społeczny* adresowana była do przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego odpowiedzialnych za realizację zadań oświatowych w obszarze zdrowia i profilaktyki oraz przedstawicieli poradni psychologiczno-pedagogicznych, placówek doskonalenia

nauczycieli, organizacji pozarządowych, wojewódzkich i regionalnych koordynatorów sieci szkół promujących zdrowie oraz dyrektorów szkół posiadających Krajowy Certyfikat Szkoła Promująca Zdrowie. Głównym celem konferencji było upowszechnianie wiedzy na temat efektywnych i skutecznych działań, jakie mogą podejmować jednostki samorządu terytorialnego w obszarze zdrowia i profilaktyki, poszukiwanie optymalnych rozwiązań ukierunkowanych na wzmocnienie systemowego podejścia do promocji zdrowia i profilaktyki opartego o rzetelną diagnozę potrzeb lokalnej społeczności, adekwatny dobór instrumentów ich realizacji oraz finansowanie działań profilaktycznych. Konferencja zorganizowana została w ramach projektu systemowego *Doskonalenie strategii zarządzania oświatą na poziomie regionalnym i lokalnymi II etap*. W konferencji uczestniczyły 194 osoby.

Koszt: 153 532,13 zł. Źródło finansowania: Projekt systemowy *Doskonalenie strategii zarządzania oświatą na poziomie regionalnym i lokalnymi II etap.*

2) Seminaria w ramach projektu *Zagubione nastolatki*

- *Dialog motywujący w pracy z nastolatkami*, 21-godzinne seminarium adresowane do liderów projektu. Spotkanie miało na celu przygotowanie specjalistów do rozpoznawania problemów adolescentów i wspieranie szkół w prowadzeniu działań profilaktycznych ze szczególnym uwzględnieniem technik i interwencji motywujących oraz ich wykorzystania w pracy z nauczycielami oraz z uczniami. Uczestnicy zostali również zapoznani z problematyką samouszkodzeń wśród młodzieży oraz zasadami wczesnej interwencji w przypadku samookalaczających się uczniów. Przeszkolono 17 specjalistów, psychologów i pedagogów z poradni psychologiczno-pedagogicznych i nauczycieli konsultantów z Ośrodków Doskonalenia Nauczycieli, zwanych dalej: ODN. Koszt: 2 000 zł. Źródło finansowania: budżet ORE.
- *Samouszkodzenia i zaburzenia odżywiania się wśród nastolatków*. 16-godzinne seminarium miało ma celu przygotowanie nowych liderów projektu. Uczestnicy zostali zapoznani z założeniami projektu oraz z charakterystycznymi dla nastolatków problemami w obszarze zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem samouszkodzeń i zaburzeń odżywiania się wśród uczniów.
- Przeszkolono 18 specjalistów: psychologów i pedagogów z poradni psychologiczno-pedagogicznych i nauczycieli konsultantów z ODN. Przygotowany został materiał metodyczny dla liderów projektu pt. Mo*duł Samouszkodzenia. Materiały dla liderów projektu Nastolatki*. Na stronie ORE znajduje się lista z danymi kontaktowymi do liderów projektu: http://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-98419/projekt-zagubiona-nastolatka-78210/lista-liderow-projektu-nastolatki.

Liderzy projektu w 2015 r. przeprowadzili szkolenia dla:

- 29 rad pedagogicznych (w których uczestniczyło 664 członków społeczności szkolnej);

- 11 warsztatów dla specjalistów szkolnych (w których uczestniczyło 155 specjalistów);
- 7 szkoleń dla rodziców (w których uczestniczyło 144 rodziców).

Wszystkie działania podejmowane przez liderów były związane z promowaniem zdrowia psychicznego młodzieży w okresie dojrzewania. Koszt: w ramach obowiązków służbowych.

3.7. Konferencje i szkolenia zorganizowane i sfinansowane w ramach realizacji zadań w Harmonogramie na 2015 r. Rządowego programu na lata 2014-2016 *Bezpieczna i przyjazna szkoła:*

1) Konferencja pn. *Przeciwdziałanie przemocy rówieśniczej wobec dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE) w szkole* (cz. II).

Celem konferencji było poszerzenie wiedzy i zidentyfikowanie praktycznych rozwiązań w pracy wychowawczej, które służą przeciwdziałaniu przemocy rówieśniczej. Omówiono sposoby efektywnej pracy wychowawczej z zespołem klasowym, potrzebę budowania relacji między uczniami w celu kształtowania bezpiecznego klimatu społecznego klasy. W badaniach naukowych klimat klasy, szkoły uznany jest za jeden z czynników chroniących wobec występowania zjawiska agresji i przemocy rówieśniczej. Kluczowe dla przeciwdziałania przemocy rówieśniczej w szkole jest podejmowanie regularnych, systematycznych działań w oparciu o program wychowawczy szkoły, mający na celu budowanie właściwych relacji, kształtowanie umiejętności psychospołecznych uczniów, w tym empatii, tolerancji, akceptacji i poszanowania odmienności.

Podczas konferencji poddano analizie zagadnienia dotyczące funkcjonowania dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w roli ofiary i sprawcy i sformułowano rekomendacje do pracy z tymi dziećmi. Opracowano również 2 części materiałów pokonferencyjnych pn.: Przemoc rówieśnicza wobec dzieci ze SPE, które udostępnione są na platformie: www.bezpiecznaszkola.men.edu.pl i na stronie www.ore.edu.pl.

Część I:

http://www.ore.edu.pl/wydzialy/specjalnych-potrzeb-edukacyjnych/6152-przemoc-rowiesnicza-wobec-dzieci-ze-spe

Część II:

http://www.ore.edu.pl/wydzialy/specjalnych-potrzeb-edukacyjnych/6489-przemoc-rowiesnicza-wobec-dzieci-ze-spe-czesc-2

W konferencji wzięło udział 106 osób. Koszt: 26 656 zł, środki z rezerwy celowej nr 26 budżetu państwa[7].

2) Szkolenie dla liderów profilaktyki agresji i przemocy.

[7] Rezerwa celowa budżetu państwa cześć 83 poz. 26 – „Środki na wyrównywanie szans edukacyjnych dzieci i młodzieży, zapewnienie uczniom objętym obowiązkiem szkolnym dostępu do bezpłatnych podręczników, materiałów edukacyjnych i materiałów ćwiczeniowych oraz 6 000 tys. zł na realizację Programu „Bezpieczna i przyjazna szkoła".

Przeprowadzono kolejną edycję szkolenia, którego celem było wsparcie kadry pracującej w oświacie i przygotowanie liderów profilaktyki agresji i przemocy rówieśniczej, którzy następnie przekażą zdobytą wiedzę i umiejętności nauczycielom – podczas spotkań z radami pedagogicznymi lub na zajęciach warsztatowych z wychowawcami. Podczas 20-godzinnego spotkania, realizowanego w formie wykładu interaktywnego oraz zajęć warsztatowych zostały zawarte, m.in. treści dotyczące agresji rówieśniczej – diagnozy, przejawów i konsekwencji, z uwzględnieniem specyficznych mechanizmów zaangażowania w agresję rówieśniczą uczniów ze SPE. Istotnym elementem spotkania była możliwość wymiany doświadczeń uczestników, związanych ze sposobami podejmowanych interwencji czy prowadzenia konsultacji dla pracowników szkół.

W 2015 r. przeszkolono 51 osób. Każdy z uczestników otrzymał pakiet materiałów szkoleniowych. Na stronie Wydziału Wychowania i Profilaktyki funkcjonuje zakładka „Liderzy profilaktyki agresji i przemocy", w której znajdują się materiały edukacyjne oraz lista liderów, przygotowanych w każdym województwie: http://www.ore.edu.pl/liderzy-profilaktyki-agresji-i-przemocy. W województwach łącznie zostało przygotowanych 152 liderów (szkolenie w latach: 2014 – 2015). Koszt: 32 398,35 zł., środki z rezerwy celowej nr 26 budżetu państwa[8].

3) Dodruk publikacji dla nauczycieli, rodziców:

- *Agresja i przemoc w szkole czyli co powinniśmy wiedzieć, żeby skutecznie działać* – nakład 2 000 egz.,
- *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*– nakład 2 000 egz.,
- *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży* – nakład 3 000 egz.

Koszt: 31.773 zł., środki z rezerwy celowej nr 26 budżetu państwa[9].

3.8. Materiały i publikacje podejmujące tematy dotyczące problemów i problemowych zachowań dzieci i młodzieży, promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki.

W ramach zadania dotyczącego promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki, ORE upowszechnia: poradniki, artykuły, raporty, materiały metodyczne adresowane do nauczycieli, szkolnych specjalistów, pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz placówek doskonalenia nauczycieli.http://www.ore.edu.pl/materiay-do-pobrania-69967/zdrowie-psychiczne-dzieci-i-mlodziezy

- *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*,
- *Zaburzenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Przeciwdziałanie depresji, próbom samobójczym i samobójstwom*,
- „*Dzieci i młodzież w kryzysie*",

[8] Ibid.
[9] Ibid.

- *Koncepcja salutogenezy i jej implikacje dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży,*
- *Problemy z odżywianiem wśród uczniów,*
- *Zdrowie psychiczne nauczycieli,*
- *Klimat i kultura szkoły a zdrowie psychiczne uczniów i nauczycieli,*
- *Powrót ucznia do równowagi rola środowiska szkolnego*,

Seria wydawnicza *One są wśród nas:*

- *Dziecko z zaburzeniami psychotycznymi w szkole,*
- *Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu,*
- *Dziecko z zaburzeniami tikowymi w szkole i przedszkolu,*
- *Dziecko z ADHD w szkole i przedszkolu,*
- *Dziecko z autyzmem i Zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu,*
- *Dziecko z zaburzeniami odżywiania w szkole i przedszkolu,*
- *Dziecko z zaburzeniami lękowymi w szkole i przedszkolu,* https://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-99822/one-s-wrod-nas
- *Ryzyko używania narkotyków przez młodzież. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*",
- *Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież; Rekomendowane działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego oraz szkoły i placówki systemu oświaty*, http://www.ore.edu.pl/materiay-do-pobrania-69967/profilaktyka-uzaleznien,
- *Zagrożenia w Internecie. Zapobieganie − reagowanie – cyberprzemoc,*
- *Przemoc rówieśnicza – o czym musimy pamiętać a często zapominamy,*
- *Agresja i przemoc w szkole czyli co powinniśmy wiedzieć, by skutecznie działać,*
- *Mobbing i bullying w szkole. Charakterystyka zjawiska i program zapobiegania,*
- *Psychologiczne aspekty bullyingu: perspektywa sprawcy, ofiary i świadka,* http://www.ore.edu.pl/materiay-do-pobrania-69967/profilaktyka-agresji-i-przemocy
- *Tworzenie i realizowanie całościowej polityki w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkole i placówce,* http://www.ore.edu.pl/materiay-do-pobrania-53488/category/129-promocja-zdrowia-spoecznoci-szkolnej
- *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży. Przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych*, http://www.ore.edu.pl/materiay-do-pobrania-69967/podstawy-profilaktyki
- Czasopismo internetowe TRENDY:

- *Zasady i granice w profilaktyce problemowych zachowań dzieci w młodszym wieku szkolnym* http://www.ore.edu.pl/trendy-2/4509-trendy-1-2014

Wyniki badania ankietą monitorującą[10] wskazują, że aż 89,58% szkół korzysta z materiałów dotyczących promocji zdrowia, w tym dobrych praktyk, dostępnych na stronie internetowej ORE.

4) Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w szkołach i placówkach.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna uwzględnia zadania ministra właściwego do spraw oświaty zawarte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego i wpisuje się we wszystkie cele szczegółowe ujęte w tym programie.

W 2015 r. funkcjonowało 580 publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym 19 poradni specjalistycznych, a także 369 poradni niepublicznych, w tym 29 specjalistycznych. Łącznie pomoc udzielana była w 949 poradniach. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna

w szkole i placówkach udzielana jest uczniom, rodzicom i nauczycielom. Uczniom udzielana jest w trakcie bieżącej pracy i umożliwia rozpoznawanie i zaspokajanie ich indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, a także rozpoznawanie indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna, poza bieżącą pracą z uczniem, realizowana jest także w formie zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, zajęć specjalistycznych, klas terapeutycznych, 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. Udzielanie odpowiedniego wsparcia należy do podstawowych zadań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem. Pomoc tą udzielają także inne osoby, jak: pomoc nauczyciela, asystent edukacji romskiej, pielęgniarka, kurator sądowy oraz asystent rodziny. Możliwość korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej przez uczniów, w różnych sytuacjach trudnych, wpływa na wzmacnianie ich zdrowia psychicznego i zapobiega pojawianiu się różnych zaburzeń psychicznych. Z pomocy psychologiczno-pedagogicznej mogą również korzystać rodzice i nauczyciele. Dla nich pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń, co stanowi dodatkowe wsparcie dla dziecka i jego rodziny.

Dyrektor szkoły organizując pomoc psychologiczno-pedagogiczną współpracuje w tym zakresie z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, rodzicami uczniów, placówkami doskonalenia nauczycieli, innymi szkołami i placówkami, a także organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.

[10] Ibid

W 2015 r. zajęciami z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej objęto łącznie 1 498 022 uczniów, w tym zajęciami dydaktyczno-wyrównawczymi - 829 084 uczniów, zajęciami, korekcyjno-kompensacyjnych 251 554 uczniów, zajęciami logopedycznymi - 262 221 uczniów, zajęciami socjoterapeutycznymi - 52 700, innymi zajęciami terapeutycznymi - 102 463 uczniów.

Liczbę uczniów poszczególnych typów szkół, objętych pomocą psychologiczno-pedagogiczną, przedstawia poniższa tabela :

Typ szkoły	**Liczba uczniów objętych zajęciami z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej**					**Liczba uczniów korzystających ogółem**
	dydaktyczno-wyrównawczymi	korekcyjno-kompensacyjnymi	logopedycznymi	socjoterapeutycznymi	innymi zajęciami terapeutycznymi	
Szkoła podstawowa	548 130	187 132	244 906	31 888	66 136	1 078 192
Gimnazjum	224 596	53 918	11 699	16 220	24 600	331 033
Zasadnicza szkoła zawodowa	9 313	2 496	1 232	2 296	3 298	18 635
Liceum ogólnokształcące	19 355	2 462	425	1 195	2 734	26 171
Liceum profilowane	0	0	0	0	0	0
Technikum	25 528	2 471	258	508	2 384	31 149
Technikum uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych	0	0	0	0	0	0
Szkoła policealna (ponadgimnazjalna)	116	13	34	6	38	207
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla uczniów z więcej niż jedną niepełnosprawnością	624	2 503	3 196	568	2 980	9 871
Sześcioletnia ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	717	368	334	15	197	1 631
Sześcioletnia szkoła muzyczna I stopnia	0	0	0	0	2	2
Czteroletnia szkoła muzyczna I stopnia	4	0	0	0	0	4
Sześcioletnia ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	123	41	13	3	23	203
Sześcioletnia szkoła muzyczna II stopnia	0	0	0	0	2	2
Sześcioletnia ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	115	35	6	0	36	192
Czteroletnie liceum plastyczne	209	51	2	1	27	290

Dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	87	57	0	0	0	144
Czteroletnia szkoła sztuki cyrkowej	0	0	0	0	0	0
Policealna szkoła artystyczna	0	0	116	0	0	116
Szkoła pomaturalna bibliotekarska	0	0	0	0	0	0
Szkoła pomaturalna animatorów kultury	0	0	0	0	0	0
Czteroletnia szkoła muzyczna II stopnia	0	0	0	0	3	3
Dziewięcioletnia szkoła sztuki tańca	0	0	0	0	0	0
Poznańska szkoła chóralna	167	7	0	0	3	177
Bednarska Szkoła Realna	0	0	0	0	0	0
Razem	**829 084**	**251 554**	**262 221**	**52 700**	**102 463**	**1 498 022**

Tabela 7. Liczba uczniów objętych poszczególnymi zajęciami z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej wykazanych w Systemie Informacji Oświatowej według danych na dzień 30 września 2015 r.
Źródło: Minister Edukacji Narodowej.

4.2 Poradnie psychologiczno-pedagogiczne zapewniały profesjonalne wsparcie w rozwiązywaniu problemów edukacyjno-wychowawczych. Odbiorcy usług poradni to dzieci, młodzież, rodzice, jak i nauczyciele. 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 wspieraniu nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktyczno-wychowawczych oraz wspomaganie przedszkoli, szkół i placówek. Udzielanie bezpośredniej pomocy dzieciom i młodzieży oraz rodzicom przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, polega w szczególności na prowadzeniu terapii dzieci i młodzieży oraz ich rodzin. Zakres bezpośredniej pomocy związany jest także z rozpoznawaniem: potrzeb rozwojowych, edukacyjnych, możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży oraz rozwiązywaniem problemów edukacyjnych i wychowawczych. Poradnie realizują także działania z zakresu profilaktyki oraz wspierają wychowawczą i edukacyjną funkcję szkoły i placówki, 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 roku szkolnym 2014/2015 publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne objęły diagnozą psychologiczną, pedagogiczną, logopedyczną i lekarską 1 202 123 dzieci i młodzieży (tabela nr 8).

Nazwa rodzaju diagnozy przeprowadzonej przez poradnię	**Nazwa grupy osób**						**Razem**
	Dzieci do 3 r. ż.	**Dzieci w wieku przedszkolnym**	**Uczniowie szkół podstawowych**	**Uczniowie gimnazjów**	**Młodzież nie ucząca się i nie pracująca**	**Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych**	
Psychologiczna	11 105	158 282	232 982	65 770	775	25 288	494 202
Pedagogiczna	4 796	125 281	230 818	57 017	1 110	16 696	435 718
Logopedyczna	9 166	118 310	50 896	4 152	73	1 601	184 198
Lekarska	2 243	115 34	18 387	11 334	55	5 889	49 442
Rehabilitanta	1 416	3 317	986	119	1	48	5 887
Związana z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej	22	269	536	22489	420	8940	32 676
Razem	28 748	416 993	534 605	160 881	2 434	58 462	1 202 123

Tabela 8. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych.
Źródło: Minister Edukacji Narodowej.

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	20 440	2 308	167	21 167	517	44 599
Terapia logopedyczna	32 728	2 066	199	75 935	873	111 801
Socjoterapia	5 642	2 077	21	4 129	587	12 456
Zajęcia z uczniami zdolnymi	3 346	1 192	47	2 105	523	7 213
Terapia dla zagrożonych uzależnieniami	201	527	92	413	449	1 682
Zajęcia grupowe aktywizujące do wyboru kierunku kształcenia i zawodu	15 312	143 828	111	3 526	58 875	221 652
Ćwiczenia rehabilitacyjne	1 658	190	3	5 680	79	7 610

Inne formy pomocy indywidualnej	49 642	15 864	350	18 866	7 941	92 663
Inne formy pomocy grupowej	55 344	37 391	488	20 874	29 219	143 316
Porady bez badań	57 987	29 422	2 032	0	14 698	104 139
Porady po badaniach przesiewowych	33 951	2 842	0	0	0	36 793
Badania przesiewowe słuchu w ramach programu "Słyszę"	19 843	1 709	4	0	225	21 781
Badania przesiewowe wzroku w ramach programu "Widzę"	10 183	779	0	0	54	11 016
Terapia psychologiczna, w tym psychoterapia	14 435	8 953	626	20 250	6 512	50 776
Indywidualne porady zawodowe na podstawie badań	0	19 384	175	0	9 789	29 348
Indywidualne porady zawodowe bez badań	1 360	13 222	338	0	6 513	21 433
Mediacje i negocjacje	1 001	822	57	68	464	2 412
Badania przesiewowe mowy w ramach programu "Mówię"	6 493	218	2	0	68	6 781
Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym	16 560	6 987	256	12 478	2 542	38 823
Zajęcia grupowe prowadzone w szkołach i placówkach oświatowych	193 053	125 542	495	14 849	98 148	432 087
Grupy wsparcia	471	226	621	1 093	275	2 686
Interwencja kryzysowa	3 086	3 315	117	767	2 361	9 646
Razem	**542 736**	**418 864**	**6 201**	**202 200**	**240 712**	**1 410 713**

Tabela 9. Formy pomocy bezpośredniej dla uczniów szkół realizowane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2014/2015.
Źródło: Minister Edukacji Narodowej.

Poradnie psychologiczno-pedagogiczne wydają również opinie oraz orzeczenia w sprawach związanych z edukacją i wychowaniem. Rodzaje i liczbę opinii wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne obrazują tabele nr 9 i10.

Rodzaj opinii	**Dzieci do 3 roku życia**	**Dzieci w wieku przedszkolnym**	**Uczniowie szkół podstawowych**	**Uczniowie gimnazjów**	**Młodzież nie ucząca się i nie pracująca**	**Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych**	**Razem**
Wczesnego wspomagania rozwoju dziecka	5 112	13 048	0	0	0	0	18 160
Wcześniejszego przyjęcia dziecka do szkoły podstawowej	0	832	0	0	0	0	832
Odroczenia rozpoczęcia spełniania przez dziecko obowiązku szkolnego	0	93 098	0	0	0	0	93 098
Zwolnienia ucznia z nauki drugiego języka obcego	0	0	427	441	0	285	1 153
Objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej	0	0	595	499	0	163	1 257
Dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb edukacyjnych ucznia	0	0	60 119	14 416	0	2 887	77 422
Udzielenie zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki	0	0	1 114	1 300	0	999	3 413
Przyjęcia ucznia gimnazjum do oddziału przysposabiającego do pracy	0	0	0	3 849	0	0	3 849

Pierwszeństwa w przyjęciu ucznia z problemami zdrowotnymi do szkoły ponadgimnazjalnej	0	0	0	918	0	0	918
Zezwolenia na zatrudnienie młodocianego w celu przyuczenia do wykonywania określonej pracy lub nauki zawodu	0	0	0	928	1	666	1 595
Braku przeciwwskazań do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych	0	0	0	0	3	263	266
Objęcia dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu	692	40 970	0	0	0	0	41 662
Objęcia dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole lub placówce	0	0	105 411	15 169	0	2 866	123 446
Inne opinie o przebadanych	2 042	22 512	24 978	6 787	299	2 722	59 340
O specyficznych trudnościach w uczeniu się	0	0	49 162	8 803	0	2 635	60 600
O której mowa w art. 16 ust. 10 pkt 2 lit. a ustawy o systemie oświaty	0	1 323	2 345	467	0	70	4 205
Razem	7 846	171 783	244 151	53 577	303	13 556	491 216

Tabela 10. Rodzaje i liczba opinii wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne wg danych SIO z dnia 30 września 2015 r.
Źródło: Minister Edukacji Narodowej.

Nazwa rodzaju orzeczeń wydanych przez publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne	**Dzieci w wieku przedszkolnym**	**Uczniowie szkół podstawowych**	**Uczniowie gimnazjów**	**Młodzież nie ucząca się i nie pracująca**	**Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych**	**Razem**
niesłyszących i słabosłyszących	1 170	2 331	1 021	0	574	5 096
niewidomych i słabowidzących	843	1 890	785	0	316	3 834
z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim	2 101	10 195	5 864	0	1 626	19 786
z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym	1 299	3 365	1 954	0	635	7 253
z niepełnosprawnościami sprzężonymi	3 149	4 669	1 787	0	733	10 338
zagrożonych niedostosowaniem społecznym	0	2 329	3 285	32	652	6 298
niedostosowanych społecznie	0	387	1 682	8	724	2 801
o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych	505	932	504	0	573	2 514
o potrzebie indywidualnego nauczania	0	17 824	14 070	0	9 595	41 489
odmowne	23	190	83	0	62	358
uchylające	208	461	247	2	131	1 049
w wyniku odwołania do kuratora oświaty	0	18	18	1	5	42
o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego	1 720	0	0	0	0	1 720
o braku potrzeby kształcenia specjalnego	111	233	129	0	37	510
o braku potrzeby indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego	82	0	0	0	0	82
o braku potrzeby indywidualnego nauczania	0	393	283	0	140	816
o braku potrzeby zajęć rewalidacyjno-wychowawczych	14	25	10	0	15	64
z niepełnosprawnością ruchową w tym z afazją	3 920	3 031	925	0	433	8 309
z autyzmem w tym z zespołem Aspergera	5 007	4 180	1 002	0	362	10 551
Razem	**20 152**	**52 453**	**33 649**	**43**	**16 613**	**122 910**

Tabela 11. Rodzaje i liczba orzeczeń wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych wg danych SIO z dnia 30 września 2015 r.
Źródło: Minister Edukacji Narodowej.

Szeroki zakres udzielanej uczniom i wychowankom pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach i poradniach miał na celu wspieranie ich zdrowia psychicznego, przeciwdziałał

pojawianiu się kryzysów psychicznych i umożliwiał lepsze funkcjonowanie w środowisku szkolnym i rodzinnym. Pomoc ta rozwiała także potencjał osobowy i edukacyjny uczniów i wychowanków.

5) Pomoc w stanach kryzysu psychicznego. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

W ramach celów: **1.2.** zapobieganie zaburzeniom psychicznym i **1.4**. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego zostały zrealizowane poniższe zadania w ramach Rządowego programu na lata 2014-2016 *Bezpieczna i przyjazna szkoła*.

5.1. 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.

Ministerstwo Edukacji Narodowej ogłosiło konkurs, na realizację zadania publicznego określonego, jak w tytule. Zadanie to w okresie od 10 listopada 2014 r. do 31 grudnia 2016 r. realizuje Fundacja Dzieci Niczyje. W 2015 r. dzieci i młodzież korzystające z bezpłatnego Telefonu 116111 otrzymały wsparcie psychologiczne i profesjonalną pomoc w rozwiązywaniu problemów. Telefon i pomoc online były dostępne 352 dni. Konsultanci odebrali łącznie 91 005 połączeń oraz odpowiedzieli łącznie na 5 819 wiadomości online.

Pomoc konsultantów mogli otrzymać również rodzice i nauczyciele w trudnych sytuacjach dotyczących dzieci. infolinia 800 1001 000 i pomoc online były dostępne 252 dni w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. Serwis merytoryczny www.116111.pl i www.800100100.pl miał 1 013 260 odsłon. W ramach realizacji zadania podejmowano interwencje edukacyjne, lokalne i kryzysowe – przeprowadzono je łącznie w 35 299 sytuacjach, czyli w przypadku ponad 36% kontaktów. Zadanie promowane było w mediach, w których pojawiło się 540 publikacji dotyczących działania obu infolinii. W 2015 r. na zadanie została przeznaczona kwota 600 000 zł w ramach rezerwy celowej poz. 26 budżetu państwa[11].

5.2. „Bezpieczna i przyjazna szkoła – ocena szkół i placówek systemu oświaty realizujących politykę ochrony dzieci przed agresją i przemoc.

Powyższe zadanie publiczne w okresie od 10 listopada 2014 r. do 31 grudnia 2016 r. realizuje Fundacja, wybrana w wyniku otwartego konkursu ofert. W 2015 r. w ramach zadania zrealizowano, m.in.:

1) szkolenia startowe i problemowe dla przedstawicieli szkół i placówek Szkolenia startowe prowadzone było dla 25 grup przedstawicieli szkół i placówek. Celem szkolenia było zapoznanie uczestników ze standardami ochrony dzieci przed agresją i przemocą. Szkolenia problemowe przygotowywały realizatorów do przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dla uczniów i wychowanków. W poszczególnych województwach przy

[11] Ibid.

planowaniu tematów szkoleń uwzględniono potrzeby pracowników szkół i placówek wynikające z badania sondażowego przeprowadzonego w 2014 r.;

2) Pikniki edukacyjne dla dzieci i młodzieży na temat bezpieczeństwa – zorganizowano 9 lokalnych pikników edukacyjnych dla uczniów podczas których uczestnicy mogli zdobyć wiedzę z zakresu profilaktyki agresji i przemocy, w tym również cyberprzemocy, profilaktyki zachowań ryzykownych oraz sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

W 2015 r. do projektu zgłosiło się 2 095 szkół i placówek. W placówkach wdrażających standardy, 63% osób uznało, że w czasie realizacji projektu nastąpiła poprawa funkcjonowania placówki w zakresie ochrony dzieci przed agresją i przemocą. Na zadanie przeznaczono kwotę 700 899,22 zł. W ramach rezerwy celowej poz. 26 budżetu państwa[12].

5.3. 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. W 2015 r. w województwach podpisano 174 umowy i porozumienia

z jednostkami samorządów terytorialnych i z organizacjami pozarządowymi.

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 w szkole i w środowisku lokalnym. W działaniach zrealizowanych w szkołach i placówkach udział wzięło:

- 161 031 uczniów, w tym 97 607 uczniów, jako odbiorców bezpośrednich, 63 424 uczniów, jako odbiorców pośrednich,
- 25 011 nauczycieli, w tym 12 275 nauczycieli, jako odbiorców bezpośrednich, 12 736 nauczycieli, jako odbiorców pośrednich,
- 129 466 rodziców, w tym 35 019 rodziców, jako odbiorców bezpośrednich, 94 447 rodziców, jako odbiorców pośrednich,
- 6 274 przedstawicieli środowiska lokalnego, w tym 1 698 przedstawicieli środowiska lokalnego, jako odbiorców bezpośrednich oraz 4 576 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:

[12] Ibid.

- uczniowie: wzrost poczucia bezpieczeństwa w szkole, poprawa relacji społecznych, nabycie umiejętności prawidłowej komunikacji i rozwiązywania konfliktów, zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem i agresją,
- nauczyciele: zwiększenie kompetencji komunikacyjnych, nabycie umiejętności rozpoznawania potrzeb wychowawczych uczniów, poszerzenie wiedzy i umiejętności z zakresu stosowania konstruktywnej informacji zwrotnej, zwiększenie świadomości nauczycieli w zakresie poszerzenia kompetencji wychowawczych,
- rodzice: wzrost kompetencji wychowawczych, 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.

Umowy i porozumienia zostały zawarte na łączną kwotę 4 537 461,77 zł, uwzględniającą także wkład własny podmiotów podejmujących zadania publiczne. Środki pochodziły z rezerwy celowej poz. 26 budżetu państwa[13].

5.4. Interweniowanie oraz reagowanie w sytuacji podejrzenia o stosowanie przemocy domowej wobec dziecka.

Przedstawiciele oświaty wchodzą w skład zespołów interdyscyplinarnych do spraw przeciwdziałania przemocy oraz grup roboczych. Są również objęci przepisami wynikającymi z rozporządzenia w sprawie procedury *Niebieskie Karty* oraz wzorów formularzy *Niebieska Karta*[14]. W 2015 r. przedstawiciele oświaty założyli 6 154 *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 udzielona była pomoc wynikająca z innych przepisów prawa.

W 2015 r. przeprowadzono szkolenie dla kolejnej grupy specjalistów z ośrodków doskonalenia nauczycieli oraz specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznych pt. „Przeciwdziałanie przemocy domowej wobec dziecka oraz wdrożenie procedury *Niebieskie Karty* w oświacie*"*, w których uczestniczyło 20 osób[15]. Celem szkolenia było poszerzenie wiedzy i umiejętności psychologów i pedagogów w zakresie prowadzenia efektywnej interwencji w przypadku podejrzenia przemocy domowej wobec ucznia na terenie szkoły.

Wyniki badania ankietowego[16] w 2015 r. wykazały, że w 16,63% szkołach realizowane są programy profilaktyki selektywnej[17] adresowane do grup ryzyka, w tym 3,6% z listy

[13] Ibid.
[14] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „*Niebieskie Karty"* oraz wzorów formularzy „*Niebieska Karta"* (Dz.U. poz.1245).
[15] Do 2015 r. przeprowadzono 7 edycji szkoleń z tej tematyki, w których udział wzięły 164 osoby.
[16] Ibid

programów rekomendowanych; w 22,68% szkół realizowane są programy profilaktyki selektywnej i wskazującej, w szczególności dla: dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją i wykluczeniem społecznym oraz dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym 2,14% z listy programów rekomendowanych.

5.5. W ramach działalności ORE przeprowadzono szkolenia:

1) Szkolenie pn. *Interwencja kryzysowa wobec dzieci i młodzieży*.

24-godzinne szkolenie adresowane było do pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych. Szkolenie miało za zadanie przybliżyć uczestnikom pojęcie kryzysu, definicję, jego przebieg oraz reakcje emocjonalne osób w kryzysie, a także przedstawić założenia interwencji kryzysowej ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki pracy z dziećmi, młodzieżą oraz środowiskiem szkolnym. Spotkania opierały się m. in. na analizie przypadków oraz materiałach multimedialnych, umożliwiając uczestnikom uzyskanie nie tylko wiedzy teoretycznej, ale także praktycznych informacji na temat zasad reagowania w przypadku wydarzeń krytycznych. W 2015 r. przeprowadzono 2 edycje szkolenia, podczas których przeszkolono 46 uczestników. Koszt: 4.800 zł. Źródło finansowania: budżet ORE;

2) Szkolenie *Rozwiązywanie konfliktów w szkole z wykorzystaniem negocjacji i mediacji*.

Szkolenie adresowane było do pracowników placówek doskonalenia nauczycieli (nauczyciele konsultanci, doradcy metodyczni), pracowników merytorycznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, dyrektorów przedszkoli, szkół i placówek, specjalistów zatrudnionych w szkole, zajmujących się realizacją zadań związanych z pomocą psychologiczno–pedagogiczną. Szkolenie miało na celu promowanie idei konstruktywnego rozwiązywania konfliktów w szkole. W 2015 r. przeprowadzono 3 edycje szkolenia dla 67 osób. Uczestnicy zostali zobowiązani do przeprowadzenia spotkania dla rady pedagogicznej z zakresu tematyki szkolenia. Koszt: w ramach obowiązków służbowych.

5.6. Realizacja indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych, profilaktyki selektywnej i wskazującej w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych (MOW) i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii (MOS).

Zadaniem młodzieżowego ośrodka wychowawczego jest zapewnienie warunków niezbędnych do nauki, wychowania, resocjalizacji i terapii, w tym warunków bezpiecznego pobytu w ośrodku. Niezwłocznie po przybyciu wychowanka do ośrodka dla każdego nieletniego opracowuje się indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny[18], zawierający

[17] Profilaktyka selektywna jest ukierunkowana na grupy zwiększonego ryzyka, wymaga dobrego rozpoznania tych grup uczniów w społeczności szkolnej; ma na celu zapobieganie, ograniczenie lub zaprzestanie podejmowania przez jednostkę zachowań ryzykownych, a profilaktyka wskazująca jest kierowana do uczniów, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń lub szczególnie zagrożonych rozwojem problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych.

[18] Zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 grudnia 2011 r.

zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów podejmowane wobec dziecka oraz realizację odpowiednio zajęć rewalidacyjnych w przypadku uczniów niepełnosprawnych, resocjalizacyjnych –dla uczniów niedostosowanych społecznie lub socjoterapeutycznych – dla uczniów zagrożonych niedostosowaniem społecznym.

Zespół nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych oraz specjalistów prowadzących zajęcia z wychowankiem, w opracowywanym dla wychowanka MOW indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym określa w jakim zakresie wychowanek ośrodka wymaga pomocy psychologiczno-pedagogicznej z uwagi na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne. Podejmowane wobec wychowanka działania edukacyjne, wychowawcze, terapeutyczne i resocjalizacyjne mają na celu eliminowanie przyczyn i przejawów niedostosowania społecznego oraz przygotowanie wychowanków do życia zgodnego z obowiązującymi normami społecznymi prawnymi, a tym samym spowodowanie jak najszybszego powrotu wychowanka do środowiska rodzinnego i właściwej adaptacji w środowisku lokalnym.

Młodzieżowe ośrodki socjoterapii prowadzone są dla dzieci i młodzieży, które z powodu zaburzeń rozwojowych, trudności w uczeniu się i zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym, są zagrożone niedostosowaniem społecznym oraz wymagają stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania oraz specjalistycznej pomocy m.in.: psychologów, pedagogów i socjoterapeutów. Podstawą oddziaływań wobec wychowanków w młodzieżowych ośrodkach socjoterapii jest dobrowolna terapia i ścisła współpraca z terapeutą.

Zespół nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych oraz specjalistów prowadzących zajęcia z wychowankiem, w opracowywanym dla wychowanka MOS indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym określa w jakim zakresie wychowanek ośrodka wymaga pomocy psychologiczno-pedagogicznej z uwagi na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne. W 2015 r. programy profilaktyki selektywnej i wskazującej realizowało 8 341 wychowanków, czyli 100%[19] uczniów w placówkach MOW i MOS.

5.2. Zapobieganie samobójstwom wśród dzieci i młodzieży w 2015 r.

W 2015 r. został przygotowany i wdrożony program zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży, który skupia zadania znajdujące się w kompetencji ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania w zakresie przeciwdziałania stanom kryzysu psychicznego wśród dzieci i młodzieży, które mogą prowadzić do samobójstwa. Uzasadnienie teoretyczne programu zostało oparte na analizie czynników ryzyka, stanowiących przyczyny

w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w młodzieżowym ośrodku wychowawczym (Dz.U. poz. 1755).

[19] Dane z SIO na 30.09.2015 r.

podejmowania prób samobójczych. Głównym celem programu jest: *Zwiększenie skuteczności działań wychowawczych i profilaktycznych na rzecz zapobiegania samobójstwom.*

Cel realizowany jest poprzez cele szczegółowe obejmujące działania:

- Promocję zdrowia psychicznego w szkole i kształtowanie przyjaznego środowiska szkolnego,
- Przeciwdziałanie zaburzeniom zdrowia psychicznego,
- Zwiększenie dostępności pomocy w stanach kryzysu psychicznego.

Program skierowany został do dorosłych, jako bezpośrednich beneficjentów, tj.: nauczycieli, psychologów i pedagogów szkolnych, a także uczniów i ich rodziców. Uwzględniono zagadnienia związane doskonaleniem zawodowym nauczycieli, psychologów i pedagogów szkolnych oraz funkcjonowania poradni psychologiczno-pedagogicznych, które udzielają dostosowaną do potrzeb pomoc.

Program rekomendował szkołom, m.in. działania:

- kształtowanie postaw prospołecznych uczniów, poczucia własnej wartości, poczucia sprawczości, odpowiedzialności za podejmowane decyzje, umiejętności asertywnego zachowania się w sytuacjach trudnych, a także tolerancji i szacunku wobec innych, w czasie realizacji edukacji zdrowotnej,
- włączanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programów profilaktyki i szkolnych programów wychowawczych poprzez działania mające na celu kształtowanie poczucia własnej wartości dzieci i młodzieży, a także uczenie ich odpowiedzialności

  i umiejętności kontrolowania impulsywnych zachowań, budowanie atmosfery zaufania i wzajemnego szacunku,
- zwiększanie poziomu bezpieczeństwa w szkole, w tym zapobieganie przemocy rówieśniczej,
- zapewnienie pomocy w stanach kryzysu psychicznego uczniom, ich rodzicom, nauczycielom,
- podnoszenie kompetencji wychowawczych nauczycieli i rodziców; budowania dobrych, wspierających, opartych na dialogu i szacunku relacji pomiędzy dzieckiem a dorosłym, rozpoznawania zagrożenia i właściwego reagowania w sytuacji kryzysu,
- upowszechnianie informacji o systemie rekomendacji i standardach jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

Po przyjęciu programu do kuratoriów oświaty oraz ORE wysłano pisma zalecające realizowanie rekomendowanych działań. Działania zawarte w programie były realizowane w trakcie działalności edukacyjnej, wychowawczej i profilaktycznej szkół i placówek.

Minister Rodziny, 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 Rodziny, 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 2015 r. zorganizowano i przeprowadzono na bazie opracowanych w 2014 r. materiałów szkoleniowych 7 szkoleń pilotażowych, w których uczestniczyło 211 pracowników transportu drogowego (kierowców, dyspozytorów, przedstawicieli działu pracowniczego oraz specjalistów ds. bezpieczeństwa higieny pracy). Przydatność praktyczna szkoleń została potwierdzona przez ok. 90% uczestników. Ponadto opublikowano artykuł *Szkolenie dla kierowców jako sposób zmiany ich postaw i kształtowania indywidualnej kultury bezpieczeństwa* Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2015, 3: 19-23 oraz wygłoszono referat pn. *Umiejętność komunikacji, asertywności i wsparcia społecznego na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia pracowników* na konferencji krajowej, Bełchatów, 28-29 września 2015 r.

Wysokość finansowania: 165 922,39 zł (wydatki budżetowe, część 31-Praca).

2. Określenie psychospołecznych uwarunkowań efektywnej współpracy osób z różnych pokoleń, w tym osób w wieku 50+ (4.Z.04). Okres realizacji zadania: 01.01.2014 – 31.12.2016.

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 2015 r. przeprowadzono badania kwestionariuszowe w 101 zespołach (63 wielopokoleniowych, 38 jednopokoleniowych) obejmujących łącznie 547 pracowników z branży budowlanej i sektora bankowo-finansowego mające na celu przetestowanie 7 hipotez dotyczących związku między zróżnicowaniem pokoleniowym zespołu, a jego efektywnością. Badania implikują konieczność szczególnie rozważnego zarządzania zespołem pracowniczym zróżnicowanym wiekowo oraz po względem preferowanych wartości.

Opublikowano artykuł pt.: *Wartości związane z pracą w różnych pokoleniach* Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2015, 10: 20-24.

Wysokość finansowania: 169 895,18 zł (wydatki budżetowe, część 31-Praca).

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.

3. Ocena skuteczności działań podejmowanych w zakresie godzenia obowiązków w pracy i poza pracą w cyklu aktywności zawodowej pracownika (I.PO.15). Okres realizacji zadania: 01.01.2014 – 31.12.2016.

Celem projektu jest ocena równowagi praca-życie oraz jej uwarunkowań w cyklu aktywności zawodowej pracownika. W 2015 r. kontynuowano badania oceniające możliwości godzenia obowiązków w pracy i poza pracą, ich uwarunkowania, a także wpływ na zdrowie i samopoczucie, zdolność do pracy, jakość życia oraz satysfakcję z pracy. Badane grupy reprezentowały 5 sekcji PKD (opieka zdrowotna i pomoc społeczna; administrowanie i działalność wspierająca; handel; zakwaterowanie i gastronomia, budownictwo) z sektora prywatnego i publicznego; wśród obu grup były przedsiębiorstwa małe, średnie i duże. Przeprowadzono badania wśród 600 pracowników (kobiet i mężczyzn mających pod opieką osoby zależne) oraz 100 pracodawców. Dokonano analizy statystycznej otrzymanych wyników.

Wysokość finansowania: 147 397,91 zł (wydatki budżetowe, część 28-Nauka).

4. Rodzaj umowy o pracę a dobrostan pracowników i postawa wobec wymagań pracy (I.P.18), okres realizacji: 01.01.2014 – 31.12.2016.

Celem projektu jest analiza związków pomiędzy rodzajem umowy o pracę a dobrostanem (samopoczuciem psychicznym i fizycznym) a postawą wobec pracy a ponadto sprawdzenie,

w jaki sposób relacja ta zależy od zgodności zatrudnienia z preferencjami pracownika oraz czy, i w jaki sposób, pośredniczy w niej kontrakt psychologiczny pomiędzy pracownikiem
a pracodawcą. W 2015 r. przeprowadzono badania w grupie 1 000 pracowników, spośród których 700 miało umowę na czas określony, a 300 umowę na czas nieokreślony. Z badań wynika, że osoby zatrudnione na umowę czasową są młodsze charakteryzują się niższym, średnim poziomem wykształcenia oraz niższą pozycją zawodową niż pracownicy stali. Istotnie częściej niż pracownicy stali deklarują, że rodzaj ich zatrudnienia jest niezgodny z osobistymi preferencjami. Wyniki ujawniły także, że o nieakceptacji zatrudnienia czasowego można mówić w odniesieniu do połowy badanych pracowników czasowych.
Opublikowano artykuł pt.: *Rodzaj umowy o pracę a zdrowie i funkcjonowanie zawodowe pracowników-przegląd badań* Medycyna Pracy 2015, 66(4):565-573.
Wygłoszono referat na konferencji międzynarodowej Seul Korea w dniu 31.05-05.06.2015 r.
Wysokość finansowania: 181 606,17 zł (wydatki budżetowe, część 28-Nauka).

5. Profil wymagań psychologicznych, warunkujących sprawność i bezpieczeństwo pracy kierowców zawodowych powyżej 55 r. ż. (I.P.21), okres realizacji: 01.2014- 31.12.2016.

Celem projektu jest charakterystyka zmian związanych z wiekem w zakresie cech i sprawności warunkujących bezpieczne zachowanie w sytuacji ruchu drogowego u kierowców zawodowych. Przygotowane zostaną kryteria predyspozycji psychologicznych do wykonania zawodu kierowcy przez osoby powyżej 55 r. ż.
W 2015 r. kontynuowano badania, w których wzięło udział 501 kierowców zawodowych w wieku 20-67 lat obu płci, ze stażem w zawodzie kierowcy 2-48 lat, z aktualnym orzeczeniem o braku przeciwskazań zdrowotnych i psychologicznych do wykonywania pracy kierowcy.
W badaniach oceniono procesy intelektualne i poznawcze (antycypację czasową, uwagę i spostrzegawczość), sprawność psychomotoryczną (refleks i koordynację wzrokowo-ruchową), funkcje wzroku oraz osobowość (ekstrawersję, neurotyzm, psychotyzm, impulsywność, skłonność do ryzyka i empatię).
Opracowano normy testowe (stenowe i centylowe) dla wyróżnionych 4 grup wiekowych kierowców zawodowych i określono progi odsiewowe. Określono profil wymagań psychologicznych kierowców zawodowych powyżej i poniżej 55 r. ż., do stosowania w badaniach okresowych oraz w badaniach wstępnych kandydatów na kierowców zawodowych. Opublikowano artykuł pt.: *Wiek a sprawność kierowców w zakresie cech warunkujących bezpieczne uczestnictwo w ruchu drogowym* Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka 2015, 3:12-15.
Wysokość finansowania 107 155,31 zł (wydatki budżetowe, część 28-Nauka).

Zadania w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych objętych programem (I.PO.15, I.P.18, I.P.21) finansowane są ze środków, których dysponentem jest minister właściwy do spraw nauki.

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.

Kodeks pracy 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.).

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

1. Program *Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi* - kwota dotacji ogółem 3 mln zł.

Corocznie Minister Rodziny, 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 2016 r. poz. 930) 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 2016 r., poz. 239, z poźn. 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 zł. 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.

Oferty konkursowe przesyłane są do Wydziałów Polityki Społecznej właściwego Urzędu Wojewódzkiego, które po dokonaniu wstępnej oceny formalnej i merytorycznej przesyłają 6 najlepiej ocenionych projektów do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Ostatecznej oceny zgłoszonego na konkurs projektu pod kątem formalnym i merytorycznym dokonuje Komisja konkursowa, a następnie przedkłada Ministrowi Rodziny, 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 55 podmiotów wyłonionych w drodze konkursu ofert, na 84 projektów przesłanych przez Wydziały Polityki Społecznej.

W wyniku postępowania konkursowego Minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego udzielił w 2015 r. wsparcia 55 projektom na łączną kwotę 3 000 000 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 54 tys. zł.

W efekcie realizacja programu *Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi* w 2015 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.

4. Rezerwa celowa na zadania w zakresie budowy sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi - kwota dotacji ogółem ponad 46 mln zł.

Minister Rodziny, 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 roku 2015 dwa razy zwiększano budżety wojewodów z rezerw celowych będących w dyspozycji Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. I transza dotacji z części 83 - Rezerwy celowe, z poz. 25 ustawy budżetowej na rok 2014 została uruchomiona przez Ministra Finansów na wniosek właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w maju 2015 r. zwiększając budżety wojewodów o kwotę ogółem 32 000 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 436 zadań (w tym uruchomienie 1856 nowych miejsc) na ogólną kwotę 54. 955 tys. zł. Dofinansowanie otrzymały 332 zadania 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 1 290 nowych miejsc w nowych i już funkcjonujących domach. Do końca 2015 r. powstało 18 nowych środowiskowych domów samopomocy na 526 miejsc ogółem oraz jeden klub samopomocy na 30 miejsc.

II transza dotacji z części 83 – Rezerwy celowe, z poz. 34 ustawy budżetowej na rok 2015 (po uzyskaniu opinii nr 183 Komisji Finansów Publicznych do Ministra Finansów *w sprawie zmiany przeznaczenia rezerw celowych,* uchwalonej na posiedzeniu w dniu 24 września 2015 r.), została uruchomiona we wrześniu 2015 r., zwiększając budżety wojewodów (odpowiednio do zgłoszonych potrzeb) o kwotę ogółem 14 025 tys. zł. Dotacje te przeznaczono na finansowanie ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

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 odbywa się na podstawie nadsyłanych sprawozdań, a także niektóre z dotowanych zadań są kontrolowane przez Departament Kontroli Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Jeśli chodzi o kontrolę zadań realizowanych ze środków rezerwy celowej budżetu państwa, to kompetencje w tym zakresie posiada Wojewoda. Ponadto 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 2015 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. Pomocy dla cudzoziemców ze statusem uchodźcy lub z ochroną uzupełniającą;
5) rzeczywistej liczby osób i rodzin objętych pomocą;
6) powodów przyznania pomocy;
7) instytucji pomocy społecznej o zasięgu lokalnym – finansowanych z budżetu gmin ze środków na pomoc społeczną;
8) instytucji pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym – finansowanych z budżetu powiatów ze środków na pomoc społeczną - (stan w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego).

Sprawozdanie MPiPS-05 za 2015 r. zawiera informacje dotyczące:
1) gminnych domów pomocy społecznej;
2) ponadgminnych domów pomocy społecznej;
3) środowiskowych domy samopomocy;
4) mieszkań chronionych;
5) placówek całodobowej opieki.

Sprawozdania publikowane są na stronie internetowej MRPiPS, w zakładce: pomoc społeczna > raporty i statystyki > statystyki pomocy społecznej. Z uwagi na terminy sprawozdawczości, ww. sprawozdania za rok 2015 r. będą dostępne w maju 2016 r.

Cel szczegółowy 2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadanie 2.3.1. przegląd regulacji prawnych i wprowadzenie rozwiązań koniecznych do rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadanie 2.3.2. zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011, wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych poszczególnymi formami działalności/rok.

Osoby niepełnosprawne mogą zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz.U. z 2011 r., poz. 721, z późn. zm.) 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 (Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i budżetu państwa) wspierane jest 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) uczestniczą także w warsztatach terapii zajęciowej.

Dostępne informacje statystyczne Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, wojewodów, samorządów powiatowych, powiatowych urzędów pracy dotyczą liczby ogółu osób niepełnosprawnych korzystających ze wsparcia ze środków publicznych w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej, w tym ogółu osób niepełnosprawnych ze szczególnymi schorzeniami (m.in. osób niewidomych, z upośledzeniem umysłowym, z zaburzeniami psychicznymi i z epilepsją).
Program resortowy *Aktywne Formy Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu* realizowany w latach 2011–2015 (AFPWS). Program jest realizowany rokrocznie od 2006 r. Formuła programu polega 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 2015 r. do otrzymania dotacji w tym konkursie zakwalifikowało się 20 podmiotów. Centra Integracji Społecznej są instytucjami świadczącymi usługi reintegracji społecznej i zawodowej, a także instytucjami, które w sposób pośredni biorą udział w wyżej wymienionym konkursie. Centrum ma 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.
Z danych za 2015 r. (wg stanu na dzień 1 kwietnia 2016 r.) zebranych z centrów integracji społecznej wynika, iż liczba osób chorujących psychicznie, jaka uczestniczyła w zajęciach centrum wyniosła 93 osoby, z czego rozpoczęło zajęcia 65 osób, w zajęciach, natomiast zakończyło zajęcia 45 osób. Z danych zebranych z klubów integracji społecznej również za 2015 r. (wg stanu na dzień 1 kwietnia 2016 r.) wynika, iż liczba osób chorujących psychicznie, jaka rozpoczęła zajęcia w klubie wynosi 243 osoby, natomiast zakończyło zajęcia 158 osób. Uczestnikami zajęć w Centrach czy w Klubie mogą być między innymi osoby chorujące 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 Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej realizowany był również *Program Fundusz Inicjatyw Obywatelskich na lata 2014-2020 (P FIO)*, w ramach którego realizowane mogą być projekty m.in. z obszaru promowania zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, zwiększania integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Beneficjentami Programu są organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. *o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*.
Ze względu na konkursowy charakter Programu FIO (dofinansowanie otrzymują najwyżej punktowane projekty spośród złożonych przez uprawnione podmioty) nie ma możliwości określenia skali projektów oraz dokładnej wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za 2015 r. Projekty z obszarów wymienionych w P FIO, tj. ochrona i promocja zdrowia oraz działalność na rzecz osób niepełnosprawnych skierowane są nie tylko do osób z zaburzeniami psychicznymi.

W Programie FIO w Priorytecie 2: *Aktywne społeczeństwo* wyodrębniony jest kierunek działania: *Wspieranie aktywnych form integracji społecznej*. Finansowane mogą być w tym obszarze projekty zakładające pomoc osobom niepełnosprawnym czy zapewnianie równych szans dla osób i grup dyskryminowanych lub poszkodowanych, w tym grup szczególnie narażonych na wykluczenie i marginalizację społeczną. Kolejnym kierunkiem działania, w ramach którego wspierane mogą być osoby z zaburzeniami psychicznymi jest *Rozwój przedsiębiorczości społecznej*.

Zwiększanie integracji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi jest realizowane także z wykorzystaniem formy spółdzielni socjalnych. Spółdzielnie socjalne funkcjonują w Polsce w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. *o spółdzielniach socjalnych* (Dz. U. z 2006 r. 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. poz. 225, z późn. zm.), a zatem także osoby chorujące psychicznie w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Spółdzielnie socjalne poprzez łączenie działalności gospodarczej z realizacją celów społecznych działają na rzecz 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, w tym wiec także osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odpowiada za realizację rozwiązań w obszarze rynku pracy, promocji zatrudnienia, migracji zarobkowych i rozwoju instytucji rynku pracy oraz inicjowanie i wspieranie działalności publicznych służb zatrudnienia. Rozwiązania prawne w tym zakresie określają przepisy *ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.), która gwarantuje 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 przestrzeganie 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 oraz szkoleń. Dlatego też nie inicjowano przedsięwzięć skierowanych do grupy osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również nie realizowano wobec tej grupy osób działań szczegółowych wykraczających poza te, które zostały przewidziane ww. ustawą.

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

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w 2015 r. nie realizowało działań w zakresie realizacji Programu. Natomiast Narodowe Centrum Badań i Rozwoju przekazało na realizację 29 projektów badawczych kwotę w wysokości 34 188 700,69 zł.

Narodowe Centrum Nauki przyznało dofinansowanie w kwocie 19 186 319 zł na 130 projektów badawczych.

Wartość dofinansowania wieloletnich projektów z zakresu zdrowia psychicznego (z uwzględnieniem 2015 r.) wyniosła łącznie 129 625 132,05 zł.

Minister Obrony Narodowej

Celu główny 1: **promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.**

Dla osiągnięcia celu głównego w 2015 r. kontynuowano realizację programów resortowych:

1) *Program osłony psychologicznej uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin*;
2) *Działania objęte Strategią umacniania dyscypliny, przeciwdziałania uzależnieniom oraz zapobiegania patologiom społecznym w Siłach Zbrojnych RP w latach 2010-2015.*

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 zrealizował w 2015 r:

1) warsztaty szkoleniowe dla żołnierzy i pracowników wojska z zakresu profilaktyki zachowań ryzykownych oraz promowania stylu życia wolnego od alkoholu, narkotyków i nikotyny pn. *Narkotyki, alkohol, nikotyna, w tym HIV/AIDS - to nie Twoje wybory* – 10 warsztatów – 363 uczestników – koszt realizacji: 38.805,00 zł (źródło finansowania MON);
2) profilaktyczny programu zdrowotny pt. *Program pomocy i edukacji w zespołach zaburzenia stresu pourazowego w ujęciu psychologiczno–psychiatrycznym*, wprowadzony w resorcie obrony narodowej zgodnie z decyzją nr 434/MON z dnia 24 grudnia 2013 r. W okresie realizacji programu odbyło się 70 dwudniowych bloków szkoleniowych w jednostkach wojskowych, w których wzięły udział 1 132 osoby (żołnierze i ich dowódcy - uczestnicy misji wojskowych, jak również osoby przygotowujące się do wyjazdu na misje). Realizatorem programu był wyłoniony w drodze konkursu 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika w Bydgoszczy. Łączna wartość umowy na realizację programu w 2015 r. wyniosła 720 000,00 zł (źródło finansowania MON);
3) program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w środowisku służb mundurowych, którym objęto 34 559 żołnierzy i pracowników wojska oraz 2 227 dowódców różnych szczebli. Realizowali go przeszkoleni psychologowie z jednostek wojskowych w ramach obowiązków służbowych.

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 zapobiegania zaburzeniom wskazanych w ww. zadaniu Minister Obrony Narodowej zorganizował poniższe działania:

1) opieki psychologicznej dla uczestników misji poza granicami w ramach realizacji opieki psychologicznej dla uczestników misji poza granicami państwa prowadzono

czternastodniowe turnusy leczniczo-profilaktyczne z treningiem, antystresowym. Z 99 turnusów w wojskowych szpitalach uzdrowiskowo-leczniczych w 2015 r. skorzystało 2 167 żołnierzy weteranów uprawnionych do tego świadczenia. Wraz z żołnierzami weteranami, na zasadach odpłatności, w zajęciach uczestniczyli członkowie ich rodzin (żony, partnerki, dzieci). Formami zajęć były: konsultacje rodzinne, podczas których odbywa się psychoedukacja i zaznajamianie rodziny z możliwymi objawami adaptacji, relaksacje rodzinne, spotkania partnerskie obejmujące pracę nad relacją po rozłące, lub po ostrym etapie. Osobom chętnym i zainteresowanym dalszym pogłębieniem wiedzy wskazuje się literaturę i przekazuje się materiały poglądowe. Otrzymują oni również materiały do samodzielnego prowadzenia treningów relaksacyjnych w domu. Główna tematyka spotkań terapeutycznych, to: stres - przyczyny, objawy, skutki oraz radzenie sobie w sytuacjach stresowych, wpływ relaksacji na funkcjonowanie jednostki, model równowagi ciało/osiągnięcia/kontakty/przyszłość, wpływ myśli na nastrój, emocje w naszym życiu, zasady efektywnej komunikacji. Przedsięwzięcie to wygenerowało koszty wysokości 6 688 012,80 zł (źródło finansowania MON).

2) w ramach zajęć z obszaru profilaktyki psychologicznej realizowanych w ramach: szkoleń i warsztatów psychologicznych oraz kształcenia uzupełniającego kadry zrealizowano m.in. tematy obejmujące całość stanu osobowego:
   - ABC wiedzy o uzależnieniach behawioralnych – 2 godz.,
   - ABC higieny psychicznej – 2 godz.,
   - Alkohol a środowisko służby i pracy – 2 godz.,
   - Interwencja wobec osoby u której rozpoznano symptomy problemów związanych z konsumpcja alkoholu – 2 godz.,
   - 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.,
   - Rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu – 2 godz.,
   - Mechanizm powstawania uzależnienia od narkotyków – 2 godz.,
   - Zdrowotne i społeczne skutki używania narkotyków – 2 godz.,
   - Zespół przed samobójczy. Rozpoznawanie i udzielanie pomocy. – 2 godz.,
   - Psychologiczne aspekty przebywania w izolacji – 2 godz.,
   - Stres bojowy. Przyczyny, oznaki, zapobieganie – 2 godz.,

- Kształtowanie kompetencji antystresowych – 3 godz.

Działalność szkoleniowa w ww. obszarach była realizowana przez psychologów jednostek wojskowych w ramach wykonywanych obowiązków służbowych.

3) 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, profilaktyka ASD i PTSD,
   - Modelowanie zachowań i postaw żołnierzy w trakcie incydentów krytycznych. Sytuacje zakładnicze. Negocjacje i mediacje w sytuacjach zagrożenia.

Szkolenia były realizowane w ramach zajęć programowych przez psychologów jednostek wojskowych.

4) w ramach zadań zleconych z funduszy przyznanych przez Departament Komunikacji Społecznej przeprowadzono warsztaty dla osób po przeżyciach traumatycznych:
   - *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 za kwotę - dwa przedsięwzięcia na kwotę 58 200,00 zł oraz 45 750,00 zł, źródło finansowania MON),
   - Warsztaty integracyjne dla rodzin poległych żołnierzy – zorganizowane przez Stowarzyszenie Rodzin Poległych Żołnierzy *Pamięć i Przyszłość* za kwotę 71 593,00zł, (źródło finansowania MON),
   - Sesja *Człowiek i wojna* dla żołnierzy wracających z misji. Ujęcie egzystencjalne, duchowe i moralne – zorganizowana przez Caritas Ordynariatu Polowego WP za kwotę 53 246,00 zł, (źródło finansowania MON).

Grupą podlegającą szczególnej ochronie w ramach realizowanych zadań z obszaru osłony i wsparcia psychologicznego przed skutkami silnego stresu, poprzez realizację szkoleń i warsztatów są żołnierze, którzy brali udział w misjach poza granicami państwa (żołnierze weterani misji i żołnierze weterani poszkodowani).

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 było doskonalenie zawodowe psychologów społecznych (jednostki wojskowe), psychologów służby i pracy (wojskowe pracownie

psychologiczne) i psychologów klinicznych (szpitale i przychodnie wojskowe nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej).

W 2015 r. zorganizowano:

1) doroczną Konferencję Psychologiczną dla psychologów resortu obrony narodowej, obejmującą elementy szkoleniowe z obszaru interwencji kryzysowej i psychotraumatologii – 150 psychologów;
2) szkolenie superwizyjne dla psychologów podejmujących konsultacje oraz wsparcie żołnierzy, weteranów, pracowników wojska i ich rodzin, zgłaszających się z problemami związanymi ze służbą lub pracą w wojsku – 20 psychologów;
3) warsztaty przygotowujące do realizacji *Programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w środowisku służb mundurowych* – 50 psychologów.

Łączna kwota wydatkowana na doskonalenie zawodowe psychologów w 2015 r. wyniosła 100 000,97 zł, w tym 80 077,92 zł to koszty konferencji a 20 000 zł superwizji). (źródło finansowania MON).

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

Zgodnie z zapisami Decyzji nr 145/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 kwietnia 2015 r. w sprawie działalności psychologicznej w resorcie Obrony Narodowej oraz kompetencyjnymi zakresami obowiązków psychologowie wojskowi realizowali działalność w obszarze pomocy psychologicznej i wsparcia obejmującą 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 2015 r. zrealizowano 308 psychologicznych interwencji kryzysowych.

W 2015 r. w resorcie obrony narodowej pomocy psychologicznej udzielało: 174 psychologów jednostek wojskowych, 125 psychologów wojskowych pracowni psychologicznych i 153 psychologów klinicznych. Pomoc psychologiczna w resorcie obrony narodowej świadczona jest w ramach obowiązków służbowych psychologów lub w ramach świadczeń gwarantowanych z Narodowym Funduszem Zdrowia (szpitale i przychodnie). 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. W 2015 r. w SPZOZ, których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, realizując zapisy rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 marca 2012 r. w sprawie pomocy psychologicznej dla weteranów, weteranów poszkodowanych i ich rodzin udzielono 1 530 konsultacji psychologicznych dla 727 osób uprawnionych. Pomoc

psychologiczna realizowana jest również w jednostkach wojskowych w ramach Psychologicznych Punktów Konsultacyjnych, gdzie każdy uprawniony może skorzystać z pomocy dowolnie wybranego specjalisty (nie ma rejonizacji). W uzasadnionych przypadkach możliwe są wizyty domowe psychologa jednostki wojskowej (dla dzieci, osób starszych, chorych i niepełnosprawnych – spośród osób uprawnionych).

W 2015 r. psychologowie udzielili w ramach pracy Psychologicznego Punktu Konsultacyjnego 63 491 indywidualnych konsultacji psychologicznych, w tym z 2 132 konsultacji skorzystali weterani misji poza granicami państwa.

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 2015 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 typach oddziałów terapią objęto w 2015 r. 9 663 skazanych, w tym: 2 444 skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo; 5729 skazanych uzależnionych od alkoholu; 1 490 skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych oraz 191 skazanych za przestępstwa z art. 197-203 Kodeksu karnego, popełnione na podłożu istniejących zaburzeń preferencji seksualnych. Jak wskazano powyżej w 2015 r. w systemie penitencjarnym funkcjonowały 22 oddziały terapeutyczne dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo. Liczba ta nie zmieniła się w stosunku do lat poprzednich. Łącznie dysponowały one 1 721 miejscami, a 2 444 osoby pozbawione wolności poddano specjalistycznym oddziaływaniom terapeutycznym w oddziałach terapeutycznych. Liczba ta w sposób istotny nie odbiega od lat poprzednich: w 2012 r. – 2 466 osoby, w 2013 r. – 2 394 osoby, w 2014 r. – 2 428 osoby.

Jak już wspominano wielokrotnie w corocznych Informacjach 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 zajęcia o charakterze grupowym takie jak: treningi i warsztaty związane z kształtowaniem konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze złością i agresją (w tym Trening Zastępowania Agresji), treningi umiejętności społecznych, rodzicielskich, zajęcia z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień (m in. program HIOB), programy dotyczące psychoedukacji w zakresie

problemów związanych ze stosowaniem i doświadczaniem przemocy w rodzinie), zajęcia edukujące z zakresu problematyki zdrowotnej, programy relaksacyjne, arteterapeutyczne (np. psychorysunek), muzykoterapia.

Ponadto w wielu oddziałach funkcjonują grupy samopomocowe (najczęściej grupy AA). W 2015 r. terapią zajęciową objęto 1 402 osadzonych. Poniżej tabela, która ilustrująca liczbę skazanych objętych tą formą terapii w latach 2011-2015.

Rok	Liczba skazanych objętych terapią zajęciową
2015	1 402
2014	1 393
2013	1 367
2012	1 189
2011	1 317

Tabela 12. Liczba skazanych objętych formą terapii zajęciowej w latach 2011-2015.
Źródło: Minister Sprawiedliwości.

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 2015 r. 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. Wyroby wykonane w trakcie terapii zajęciowej pozostawały jako element wystroju cel i pomieszczeń oddziału terapeutycznego lub przekazywano je na potrzeby jednostek penitencjarnych bądź instytucjom (szkołom, przedszkolom, Domom Dziecka, hospicjom), fundacjom, na cele charytatywne, aukcje (np. Wielkiej Orkiestrze Świątecznej Pomocy), konkursy a także były przekazywane w formie upominku rodzinom skazanych, innym osobom. Osadzeni zoddziałów terapeutycznych prezentowali swoje prace w wielu konkursach lokalnych i ogólnopolskich m.in. w Międzynarodowym Przeglądzie Sztuki Więziennej w Sztumie.

W oddziałach terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych prowadzi się zajęcia kulturalno-oświatowe oraz sportowe, które uwzględniają potrzeby i możliwości skazanych niepełnosprawnych psychicznie. Wśród organizowanych zajęć wymienić należy przede wszystkim: projekcje filmów, konkursy i zajęcia tematyczne połączone z prezentacjami multimedialnymi, wystawami, spotkania ze sportowcami, aktorami i podróżnikami, wystawy, audycje emitowane przez radiowęzeł, koła zainteresowań.

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 1 623 pacjentów oddziałów terapeutycznych miało zdiagnozowane tego typu zaburzenia. U 612 skazanych zdiagnozowano upośledzenie umysłowe, a u 529 skazanych zdiagnozowano upośledzenie stopnia lekkiego, u 32 upośledzenie stopnia umiarkowanego i u 1 skazanego upośledzenie w stopniu znacznym. 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 2015 r. takich skazanych przebywało 1 186 (w 2014 r. – 1 089). Szczegółowe dane dotyczące rozpoznań pacjentów oddziałów terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi w 2015 r. zawiera tabela:

	Rozpoznania				
Rok	upośledzenie umysłowe ogółem	zaburzenia osobowości	uzależnienie od alkoholu	uzależnienie od środków odurzających	zaburzenia preferencji seksualnych
2011	837	1695	849	291	248
2012	776	1671	895	279	274
2013	645	1663	863	261	302
2014	647	1715	802	287	326
2015	611	1628	857	329	329

Tabela 13. Liczba rozpoznań pacjentów oddziałów terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi w latach 2011-2015.
Źródło: Minister Sprawiedliwości.

Należy zauważyć, iż dane zawarte w powyższej tabeli dotyczące liczby rozpoznań nie zgadzają się z liczbą skazanych objętych terapią (2 444), gdyż większość pacjentów przebywa w oddziale terapeutycznym z kilku przyczyn np. pacjenci z podwójną diagnozą (1 186 skazanych). Uwzględniając powyższe dane należy zdawać sobie sprawę, iż skazani przebywający w oddziałach terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo to bardzo trudna populacja. Skazani z tej grupy sprawiają liczne problemy wynikające z ich deficytów i zaburzeń. Problemy wychowawcze, konflikty i liczne zdarzenia są charakterystyczne dla funkcjonowania oddziałów terapeutycznych. We wszystkich oddziałach w 2015 r. doszło do 117 zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym, w tym: 20 napaści na funkcjonariuszy, 65 bójek i pobić, 17 prób samobójczych i jednego samobójstwa, 3 zgonów z przyczyn naturalnych, 272 pacjentów dokonało 716 samouszkodzeń, 580 z nich miało charakter instrumentalny. W 140 sytuacjach

stosowano wobec osadzonych w oddziałach terapeutycznych środki przymusu bezpośredniego.

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.

Program zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności, został opracowany w formie Instrukcji Nr 16/10 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, z dnia 13 sierpnia 2010 r., *w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności.* Jest to zbiór szczegółowych przedsięwzięć i jednolitych zasad postępowania, obowiązujący we wszystkich jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, którego celem jest zmniejszenie liczby samobójstw wśród osób pozbawionych wolności. Instrukcja przewiduje prowadzenie oddziaływań na wszystkich trzech poziomach profilaktyki samobójstw. Zgodnie z tym programem profilaktyka generalna samobójstw w jednostkach penitencjarnych polega m.in. na: tworzeniu warunków sprzyjających zachowaniu zdrowia psychicznego, ograniczaniu negatywnych skutków pobytu w warunkach izolacji, zapewnieniu dostępności opieki lekarskiej, wychowawczej i psychologicznej, kształtowaniu postawy afirmacji życia i nietolerancji dla autoagresji oraz uczeniu umiejętności samokontroli, uzyskiwania wsparcia społecznego, technik relaksacji oraz akceptowanych społecznie sposobów rozwiązywania problemów i konfliktów, szkoleniu kadry i osadzonych w zakresie udzielania pomocy przed medycznej osobom, które targnęły się na własne życie.

Natomiast profilaktyka selektywna samobójstw polega na: ustaleniu występowania czynników ryzyka samobójczego, czynników chroniących oraz dokonaniu oceny stopnia ryzyka samobójczego, objęciu osadzonego pomocą psychologiczną i określeniu mechanizmów autoagresji i opracowaniu odpowiednich zaleceń do prowadzonego wobec osadzonego oddziaływania, zwracaniu uwagi na zachowania sygnalizujące bezpośrednie niebezpieczeństwo podjęcia próby samobójczej, tworzeniu technicznych i organizacyjnych barier utrudniających podjęcie próby samobójczej oraz obejmowaniu zachowania zwiększonym nadzorem ochronnym.

Oddziaływania wobec sprawców nieudanych zamachów samobójczych (profilaktyka postsuicydalna trzeciego rzędu) polega na: bezzwłocznym udzieleniu osadzonemu pierwszej pomocy, ustaleniu okoliczności w jakich miała miejsce próba samobójcza oraz poddaniu osadzonego badaniu lekarskiemu i psychologicznemu w celu ustalenia (motywów podjęcia próby samobójczej, potrzeby objęcia skazanego pomocą psychologiczną oraz wydania zaleceń odnośnie sposobu dalszego postępowania wychowawczego w związku z podjętą, próbą samobójczą.

W prowadzenie wymienionych w instrukcji przedsięwzięć profilaktycznych są zaangażowani

wszyscy funkcjonariusze i pracownicy cywilni jednostek penitencjarnych, a sposób ich realizacji oraz zakres odpowiedzialności poszczególnych stanowisk i pionów organizacyjnych Służby Więziennej są szczegółowo unormowane. Niezależnie od oddziaływań wynikających z cytowanej instrukcji, każdy przypadek targnięcia się osadzonego na własne życie jest traktowany jako zdarzenia nadzwyczajne i szczegółowo wyjaśniany na podstawie innym przepisów obowiązujących w Służbie Więziennej. Działania służące zapobieżeniu samobójstwom wśród osób pozbawionych wolności, a w razie ich wystąpienia wyjaśnieniu przyczyn tych zdarzeń oraz ustaleniu zakresu odpowiedzialności funkcjonariuszy są więc szczegółowo unormowane i mają kompleksowy charakter. Zauważalny na przestrzeni ostatnich lat spadek, a następnie stabilizacja na niskim poziomie zarówno liczby jak i wskaźnika samobójstw wśród osadzonych, potwierdza skuteczność realizowanego programu. W 2015 r. w zakładach karnych i aresztach śledczych odnotowano 164 usiłowania samobójcze i 20 dokonanych samobójstw. Odnotowana w 2015 r. liczba samobójstw wśród osadzonych nieznacznie spadła w stosunku do 2014 r. natomiast odnotowany w 2015 r. wskaźnik pozostaje na poziomie z 2014 r. i jest znacząco niższy, od średniej wieloletniej:

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Liczba samobójstw w skali roku	41	33	39	31	16	16	19	22	20
Współczynnik samobójstw na 10 tys. osadzonych	4,5	4,4	4,5	3,7	1,9	1,9	2,4	2,8	2,8

Tabela 14. Liczba i współczynnik samobójstw osób pozbawionych wolności przebywających w jednostkach penitencjarnych w latach 2007-2015.
Źródło: Na podstawie danych Ministra Sprawiedliwości.

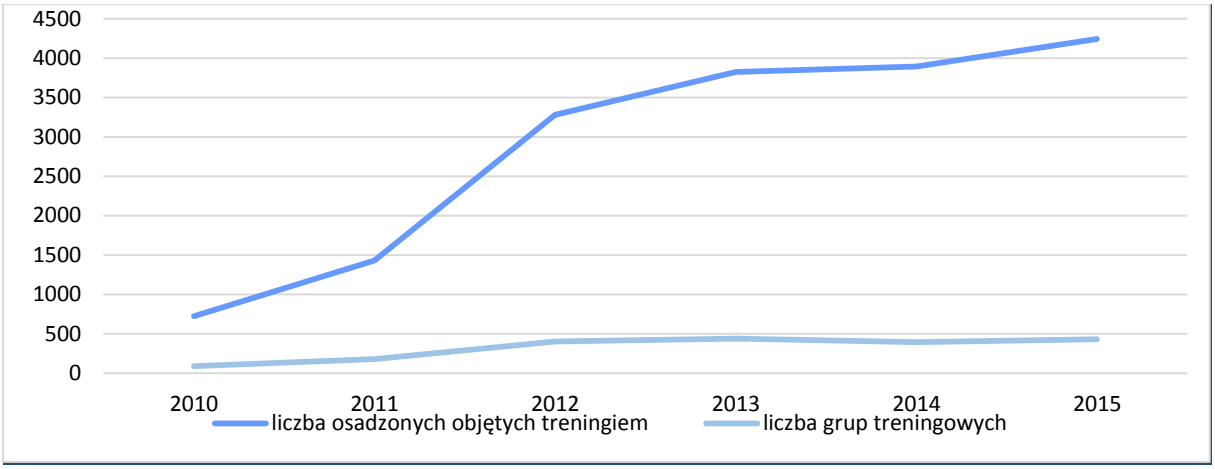
Wskazane dane stanowią wyraźny dowód na ustabilizowanie i ugruntowanie wdrożonych rozwiązań dotyczących profilaktyki suicydalnej w polskim więziennictwie.

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 obejmuje przede wszystkim działania ukierunkowane na sprawców przemocy. Głównymi formami interwencji w tym zakresie są Treningi Zastępowania Agresji – ART. i programy według modelu „DULUTH", a także nowy program „Stop Przemocy - Druga Szansa". Inne oddziaływania wobec sprawców przemocy (tj. działania prawne i dyscyplinarne), podejmowane są niezależnie, z mocy prawa. Ponadto, w ramach zapobiegania przemocy, prowadzone są, oddziaływania wobec ofiar przemocy w rodzinie, przebywających w zakładach karnych - zgodne z ogólnie obowiązującym standardem dla tego typu oddziaływań, oraz oddziaływania wobec ofiar przemocy, których wiktymizacja miała miejsce na terenie zakładu karnego, zgodne z wewnętrznymi przepisami i procedurami. Oddziaływania wobec ofiar przemocy w rodzinie

są zgodne z wytycznymi Ogólnopolskiego Porozumienia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie.

Treningi zastępowania agresji (ART)[20] są prowadzone w więziennictwie od 2001 r. Wzrost liczby skazanych objętych treningiem i wzrost liczby grup treningowych, od początku obowiązywania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, ilustruje poniższy wykres:



Wykres 8. Liczba skazanych objętych treningami zastępowania agresji i liczba grup treningowych w latach 2010-2015.
Źródło: system Noa-NET.

Jak wynika *z* prezentowanych danych, w 2015 r. wzrosła zarówno liczba edycji treningu zastępowania agresji, jak i liczba skazanych objętych tym treningiem.

Według danych z dnia 31 grudnia 2015 r. we wszystkich zakładach karnych i aresztach śledczych przebywało ogółem 7 040 osób (6 244 skazanych oraz 796 tymczasowo aresztowanych), wobec których wykonywano łącznie 8 053 orzeczeń z art. 207 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.). Jeśli zaś wzięlibyśmy pod uwagę liczbę wszystkich osób które odbywały karę z art. 207 K.k. na przestrzeni całego roku (tj. przebywały w izolacji chociaż przez 1 dzień w 2015 r.), to wartość ta wynosi – 10 114 osób. Średni wymiar kary wśród populacji skazanych z art. 207 K.k., przebywających w 2015 r. w zakładach karnych wyniósł 16,06 miesiąca (w tym mediana 12 miesięcy).

Korelacja problemu przemocy i agresji z uzależnieniami, (głównie problemem alkoholowym) jest powszechnie znana. Praca ze skazanymi z art. 207 K.k., jest więc wyraźnie ukierunkowana na rozpoznanie diagnozą i leczenie problemów związanych *z* ewentualnym uzależnieniem, a w dalszej kolejności pracą nad korektą zachowań skazanych związanych

[20] ART - 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 odgrywania ról.

z przemocą. Zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej (z dn. 22 lutego 2011 r., *w sprawie standardu podstawowych usług świadczonych przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, kwalifikacji osób zatrudnionych w tych ośrodkach, szczegółowych kierunków prowadzenia oddziaływań korekcyjna – edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc* iv *rodzinie oraz kwalifikacji osób prowadzących oddziaływania korekcyjna edukacyjne),* osobą stosującą przemoc w rodzinie, u której zostało rozpoznane uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych albo środków zastępczych, kieruje się w pierwszej kolejności na terapie uzależnienia. Dopiero po ukończeniu takiej terapii można rozpocząć oddziaływania korekcyjno-edukacyjne. Oddziaływania wobec skazanych sprawców przemocy domowej koncentrują się wokół kilku propozycji programowych. W wielu jednostkach prowadzi się programy według modelu *z* DULUTH[21]. Programy według metody z DULUTH realizowane są w jednostkach regularnie już od wielu lat. W ostatnim okresie pojawiła się nowa propozycja - program „STOP PRZEMOCY DRUGA SZANSA". Dzięki środkom pozyskanym w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego (NMF), udało sią opracować zupełnie nowy program, związany z przeciwdziałaniem przemocy. Jest to propozycja oparta m.in. na założeniach terapii skoncentrowanej na rozwiązywaniu problemów (BSFT) oraz nauce komunikacji bez przemocy (Nonviolent Communication - NVC), prowadzona w formie spotkań grupowych przez okres 3 miesięcy. Poza tymi propozycjami realizowanych jest szereg autorskich programów konstruowanych i prowadzonych przez funkcjonariuszy a także przez podmioty zewnętrzne. W 2015 r.; liczba uczestników biorących udział w oddziaływaniach wobec sprawców przemocy istotnie wzrosła. Programami objęto o 314 osadzonych więcej niż w 2014 r. Warto przypomnieć, Iż w jednostkach penitencjarnych zasadniczo realizuje się programy edukacyjno-korekcyjne, które mogą trwać od 3 do 6 miesięcy. Dodać należy, że w 2015 r., objęto pomocą psychologiczną także 149 skazanych, doświadczających przemocy domowej jeszcze przed osadzeniem ich w zakładach karnych. Szczegóły zawiera 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 15. 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.

[21] Jest to program dedykowany sprawcom przemocy, składający sią z 2 sesji indywidualnych oraz 24 grupowych. Zbliżonym do tych założeń jest także program „PARTNER".

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji

Zadania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego realizowane były w 2015 r., przez następujące podmioty podległe lub nadzorowane przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji: Policję, Państwową Straż Pożarną (PSP), Biuro Ochrony Rządu (BOR) oraz 21 Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (SP ZOZ MSWiA). Podstawowym celem realizowanych działań było zapewnienie wsparcia psychicznego funkcjonariuszom doświadczającym kryzysu emocjonalnego oraz promocja zdrowia psychicznego jako podstawowego elementu zapewniającego ochronę zdrowia psychicznego.

Cel główny 1: Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Celu 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

Zadanie 1.1.3. Realizacja programu promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach

Działania mające na celu promocję zdrowia psychicznego w podległych służbach realizowane były przez SP ZOZ MSWiA i obejmowały poniższe zadania:

1. Organizacja 10 konferencji szkoleniowych dla różnych grup zawodowych, w tym:
   - funkcjonariuszy i kadry zarządzającej Policji, Straży Granicznej, PSP oraz Służby Więziennej: *Filary moralności w kreowaniu zdrowego środowiska pracy w obszarze ochrony zdrowia psychicznego* (SP ZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie), *Zarządzanie emocjami i stresem* (SP ZOZ MSW w Szczecinie), *Konsekwencje zdrowotne stresu* (SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze),
   - personelu medycznego: *Pielęgniarstwo XXI wieku a ochrona zdrowia psychicznego* (SP ZOZ Szpital Specjalistyczny w Głuchołazach), *Wypalenie zawodowe* (SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSW w Jeleniej Górze),
   - pacjentów: *Jesienna chandra u osób starszych – sposoby radzenia sobie ze smutkiem i samotnością* (SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSW w Jeleniej Górze);
2. Organizacja warsztatów szkoleniowych, wykładów i prelekcji oraz szkoleń personelu medycznego dotyczących edukacji w zakresie promocji zdrowia psychicznego, nauki technik i sposobów radzenia sobie ze stresem, obniżonym nastrojem, wypaleniem zawodowym, które obejmowały m.in. takie zagadnienia jak:
   - techniki radzenia sobie ze stresem-sposoby relaksacji,
   - jak dbać o zdrowie psychiczne, co jest ważne w utrzymaniu zdrowia psychicznego,
   - skuteczne sposoby relaksacji w pracy funkcjonariusza,
   - konsekwencje długotrwałego stresu,

- zapobieganie sytuacjom stresowym,
- stres a zdrowie psychiczne,
- metody radzenia sobie ze stresem i przeciążeniem w pracy,
- stres a zdrowie psychiczne - mechanizmy stresu, przyczyny, zapobieganie.

Wszystkimi działaniami dotyczącymi promocji zdrowia psychicznego realizowanymi przez SP ZOZ MSWiA objęto grupę 1 645 osób, w tym ponad 70% odbiorców stanowili funkcjonariusze.

Ponadto Biuro Ochrony Rządu w grupach szkolenia funkcjonariuszy wdrożył 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. Przeprowadził 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 2015 r. przeszkolonych zostało 261 funkcjonariuszy.

W Państwowej Straży Pożarnej, w ramach systemowej działalności profilaktycznej, szczególny nacisk położony jest na psychoedukację. Psycholodzy PSP od 2011 r. systematycznie prowadzą szkolenia dla strażaków jednostek ratowniczo-gaśniczych, dowódców zmian i ich zastępców oraz dyspozytorów stanowisk kierowania. Tematyka szkoleń dotyczy m. in.: zarządzania stresem, organizacji i udzielania wsparcia psychologicznego, umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych. W 2015 r. w przedmiotowych szkoleniach doskonalących uczestniczyło 4 803 strażaków.

Cel szczegółowy 1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadanie 1.2.1. Opracowanie programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych

W zakresie zadania 1.2.1 Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (psychologowie i psychiatrzy zatrudnieni w KGP, KG SG, KG PSP, BOR, Poradnie Zdrowia Psychicznego MSWiA oraz Departament Zdrowia MSWiA) opracowało w 2015 r. Procedurę *Zasady współpracy psychologów Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu z Poradniami Zdrowia Psychicznego MSWiA w zakresie sposobu organizowania i realizowania pomocy dla osób w sytuacji kryzysu psychologicznego*, która realizowana jest od dnia 1 stycznia 2016 r. Celem Procedury jest umożliwienie udzielenia szybkiej pomocy psychologiczno-psychiatrycznej funkcjonariuszom lub pracownikom służb resortu spraw wewnętrznych i administracji w stanach kryzysu psychologicznego w postaci: tendencji lub myśli samobójczych, stanów depresyjnych, ostrych reakcji dezadaptacyjnych

lub ostrych reakcji sytuacyjnych. Procedura zakłada niezwłoczny kontakt psychologa w służbie z psychologiem Poradni Zdrowia Psychicznego MSWiA w celu organizacji szybkiej pomocy i objęcia opieką psychologiczno-psychiatryczną funkcjonariusza (lub członka jego rodziny) pozostającego w kryzysie psychologicznym.

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

W ramach zadania SP ZOZ MSWiA podejmowały poniższe działania dotyczące zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych:

1) Szkolenia personelu medycznego oraz prelekcje dla funkcjonariuszy dotyczące m.in. symptomów zachowań depresyjnych, przyczyn i sposobów wsparcia osób pozostających w kryzysie psychicznym. W ramach szkoleń i prelekcji poruszono poniższe zagadnienia:
   - Sezonowe zaburzenia nastroju,
   - Zaburzenia depresyjne jako następstwa stresu przewlekłego,
   - Psychiczne i somatyczne następstwa przedłużającego się stresu,
   - Depresja – podstawowe informacje, jak ją rozpoznać u siebie,
   - Wypalenie zawodowe a zdrowie psychiczne.

Działaniami objęto grupę 358 osób.

2) System pomocy psychologicznej na bazie 13 Poradni Zdrowia Psychicznego MSWiA, w formie terapii wspierającej indywidualnej, terapii wspierającej grupowej oraz poradnictwa mające na celu doraźną pomoc i wsparcie osobom znajdującym się w stanie kryzysu psychicznego.

W 2015 r. zorganizowano 242 spotkania terapii wspierającej indywidualnej, 35 spotkań terapii w grupie wsparcia oraz 414 porad dla łącznej grupy 871 osób, w tym 512 funkcjonariuszy.

W ramach ww. zadania, w Policji prowadzona była systematyczna działalność psychoprofilaktyczna dotycząca problematyki samobójstw. W jej zakresie prowadzone były szkolenia dotyczące rozpoznawania zagrożenia samobójstwem i form reagowania na nie oraz udzielanie pomocy psychologicznej osobom, u których rozpoznano objawy kryzysu osobistego. Kolejnym działaniem było prowadzenie stałego monitoringu problematyki samobójstw w środowisku policyjnym poprzez sporządzanie analizy każdorazowo po czynie samobójczym policjanta lub pracownika Policji. Raz do roku tworzono analizę zbiorczą, obrazującą omawiane zjawisko w Policji w danym okresie.

Biuro Ochrony Rządu przeprowadzał 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 101 funkcjonariuszy. Poddał badaniom psychologicznym 8 funkcjonariuszy pełniących służbę na stanowiskach obciążonych niekorzystnymi czynnikami psychospołecznymi, narażonych na stałe napięcia emocjonalne, w tym na stanowiskach decyzyjnych a także dofinansował pobyt w sanatorium ukierunkowany na redukcję stresu dla 40 funkcjonariuszy i pracowników.

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

Zadania mające na celu ułatwienie zrozumienia zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałające postawom nietolerancji i dyskryminacji, realizowane były przez SP ZOZ MSWiA w formie szkoleń personelu medycznego. Służyć one miały poprawie umiejętności nawiązywania kontaktu, budowania prawidłowej relacji z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi i obejmowały takie zagadnienia jak:

- Skuteczne metody radzenia sobie z pacjentem trudnym,
- Minimalizowanie stresu u pacjenta przyjmowanego do szpitala,
- Pacjent agresywny – jak z nim rozmawiać.

Ponadto Policja prowadziła szkolenia służące rozwijaniu umiejętności rozpoznawania i rozumienia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz podejmowania czynności służbowych w sposób dostosowany do sytuacji osoby. Szkolenia prowadzone były na podstawie autorskich programów opracowanych przez psychologów komend wojewódzkich/stołecznej Policji.

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

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

Zgodnie z przyjętymi w Systemie Pomocy Psychologicznej w PSP założeniami, w 2015 r. kontynuowane było doskonalenie zawodowe dla psychologów komend wojewódzkich i szkół PSP. Warsztaty i szkolenia zorganizowane przez Komendę Główną PSP w 2015 r.:

1) *Zarządzanie energią życiową według Programu 8xO Wojciecha Eichelbergera.*

Celem szkolenia było nabycie przez uczestników kompetencji osobistych warunkujących efektywne funkcjonowanie w sytuacjach poważnych wyzwań, dużego obciążenia i stresu oraz wskazanie możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy i umiejętności w profilaktyce zdrowia psychicznego strażaków i pracowników cywilnych PSP.

Uczestnicy: 24 osoby (psycholodzy PSP),

2) *Trauma Releasing Exercises (TRE), czyli ćwiczenia uwalniające traumę, stres i emocje*.

Celem warsztatów było zaprezentowanie metody TRE, jako narzędzia, które może być wykorzystywane w redukowaniu objawów zespołu steru pourazowego (PTSD), zmniejszeniu obaw i niepokoju, obniżeniu poziomu stresu, łagodzeniu bólów mięśniowych czy w gojeniu przebytych urazów ciała. Zajęcia teoretyczne i praktyczne prowadził dr David Berceli z USA, autor metody TRE. Uczestnicy: 115 osób, w tym z PSP - 78 osób: psycholodzy, wojewódzcy i szkolni koordynatorzy ratownictwa medycznego oraz strażacy z jednostek ratowniczo-gaśniczych. Dodatkowo w warsztatach uczestniczyli przedstawiciele: Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji (w tym psycholodzy centrów powiadamiania ratunkowego), Departamentu Zdrowia MSWiA, Urzędu ds. Cudzoziemców oraz służb Policji, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu,

3) *Nowe kierunki psychoedukacyjne w szkoleniach doskonalących w PSP*.

Celem warsztatów metodycznych było przygotowanie psychologów PSP do realizacji zajęć w ramach nowych propozycji programów szkoleń doskonalących, adresowanych zarówno do kadry kierowniczej jak i zasadniczej PSP.

Zakres tematyczny przedmiotowych szkoleń obejmował:

- *Wsparcie psychiczne wobec osób poszkodowanych na miejscu zdarzenia,*
- *Ochrona zdrowia psychicznego funkcjonariuszy i pracowników PSP - kryzys psychiczny, depresja, zachowania suicydalne: profilaktyka i interwencja"*
- *Psychospołeczne problemy występujące w środowisku służby/pracy - wypalenie zawodowe*,
- *Efektywna komunikacja*,
- *Budowanie zespołu*.

Uczestnicy: 19 osób (psycholodzy PSP).

4) *Umiejętności interpersonalne w zarządzaniu zespołem.*

Celem warsztatów było:

- doskonalenie warsztatu pracy kadry dowódczej w zakresie budowania zespołu oraz wykorzystania potencjału wynikającego z pracy zespołowej,
- podnoszenie wrażliwości społecznej wobec osób w kryzysie samobójczym,
- pogłębienie wiedzy z zakresu zachowań samobójczych oraz zmniejszenie lęku przed reagowaniem w sytuacji ich wystąpienia,
- wzmocnienie współpracy między kadrą dowódczą i psychologami szkół PSP.

Uczestnicy: 24 osoby (dowódcy kompanii szkolnych ze szkół PSP, kadra dowódcza szkolnych jednostek ratowniczo-gaśniczych PSP oraz psycholodzy szkół PSP). Na realizację powyższych przedsięwzięć szkoleniowych Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej przeznaczyła łącznie 21 275 zł.

Zadanie 1.4.3 realizacja programu pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych.

W marcu 2015 r. w ramach działalności interwencyjnej, 18 psychologów PSP zostało zaangażowanych w zorganizowanie i udzielenie doraźnej pomocy i wsparcia dla osób, które uczestniczyły w zamachu terrorystycznym w Tunezji oraz dla ich rodzin. Pomoc udzielana była zarówno w Tunisie (2 psychologów, lekarz i ksiądz) jak i w kraju (16 psychologów).

Zadanie 1.4.5. realizacja programu psychoprofilaktyki dla funkcjonariuszy służb mundurowych

Wsparcie funkcjonariuszy będących w kryzysie w związku z realizacją zadań służbowych oraz związanych z problemami osobistymi prowadzone jest m.in. w ramach organizowanych turnusów antystresowych.

Turnusy realizowane są w oparciu o Program, przygotowany przez psychologów i psychiatrów SP ZOZ MSWiA, pn. *Program psychoprofilaktyki antystresowej dla funkcjonariuszy służb resortu spraw wewnętrznych i administracji*. Turnusy organizowane są w SP ZOZ Sanatoriach Uzdrowiskowych MSWiA, natomiast zajęcia prowadzą zatrudnieni w nich psychologowie i psychiatrzy. Podstawą do skierowania funkcjonariusza na turnus jest uczestnictwo w zdarzeniu wywołującym silne napięcia psychiczne (traumę) lub doświadczenie szczególnie stresujących przeżyć osobistych, mających wpływ na funkcjonowanie w służbie.

W 2015 r. w 43 turnusach o profilu antystresowym uczestniczyła grupa 430 funkcjonariuszy służb podległych i nadzorowanych przez MSWiA (Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej).

W trybie ciągłym strażacy, pracownicy cywilni oraz ich rodziny, a także osoby kształcące się w szkołach Państwowej Straż Pożarnej (PSP) mają możliwość korzystania z konsultacji/porad psychologicznych związanych z problemami osobistymi jak i wynikającymi z obciążeń zawodowych/służbowych. W 2015 r. psycholodzy PSP udzieli 3 640 konsultacji i porad, z czego 1 727 dotyczyło spraw osobistych/rodzinnych a 1 913 - spraw 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 zapewniające wsparcie dla strażaków i ich rodzin, kadry dowódczej/kierowniczej oraz w sytuacjach wyjątkowych dla cywilnych uczestników zdarzeń. W 2015 r. psycholodzy PSP podejmowali interwencje w związku z 134 zdarzeniami, z czego 105 dotyczyło spraw zawodowych, a 29 - spraw osobistych/rodzinnych. Podczas interwencji ze spotkania z psychologiem skorzystało 1 259 osób.

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

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

Zadanie 3.1.1 podjęcie badań populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu

W 2015 r. w ramach prac badawczych, kontynuowana była współpraca Państwowej Straży Pożarnej z Uniwersytetem Warszawskim (Instytutem Studiów Społecznych) przy realizacji pięcioletniego projektu „PTSD: Diagnoza Terapia Profilaktyka", finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (Grant Maestro3). Wśród spodziewanych efektów badań na uwagę zasługują:

- możliwość oszacowania czynników ryzyka stresu pourazowego oraz stopnia rozpowszechnienia stresu pourazowego wśród strażaków,
- oferta uzyskania specjalistycznej pomocy psychoterapeutycznej dla strażaków dotkniętych PTSD (w ramach programu terapeutycznego),
- możliwość wypracowania specjalistycznego programu szkolenia profilaktycznego, stworzonego na potrzeby PSP oraz bezpłatnego przygotowania psychologów PSP w zakresie realizacji ww. programu.

Zakończono I etap badań w ramach części „Diagnoza" (w badaniach uczestniczyło 300 strażaków z woj. mazowieckiego) oraz I etap badań i szkoleń w ramach części *Profilaktyka* (w badaniach uczestniczyło 251 słuchaczy Szkoły Podoficerskiej PSP w Bydgoszczy, szkoleniem *Profilaktyka PTSD* objęto 121 osób). Kontynuacja badań i szkoleń zaplanowana jest na IV kwartał 2016 r.

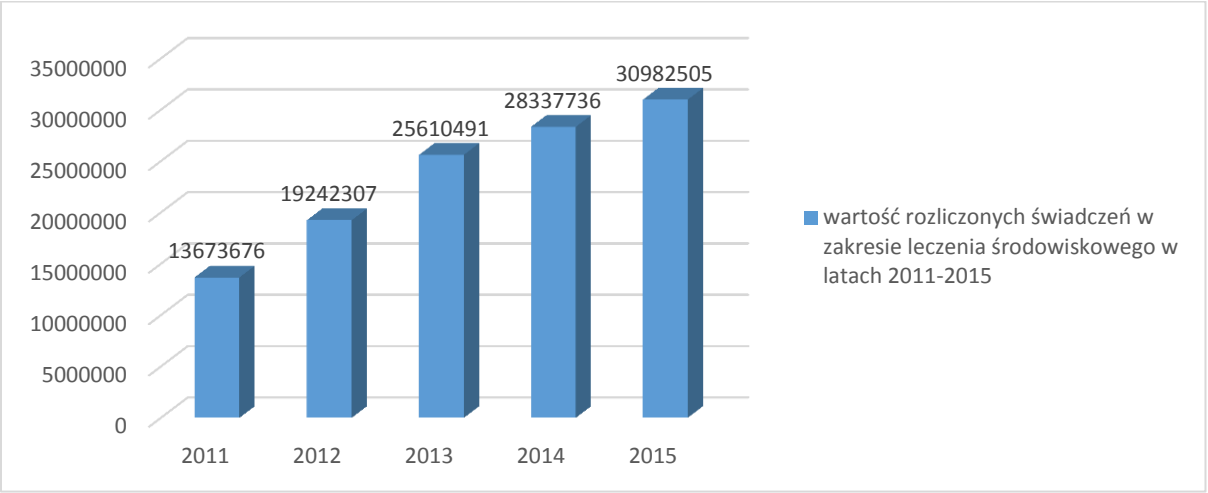
Narodowy Fundusz Zdrowia

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

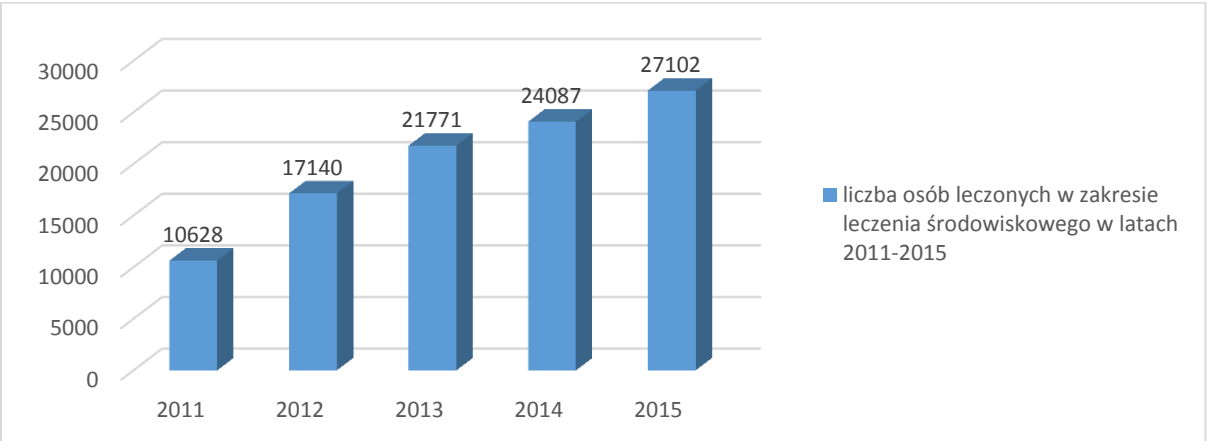
Cel szczegółowy: 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

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 2015 r. sfinansowano przedmiotowe świadczenia na kwotę o 9,3% większą niż w 2014 r. i aż o 126,6% większą w odniesieniu do roku 2011 (wykres 9). Jednocześnie zwiększała się liczba osób objętych leczeniem środowiskowym: z 10 628 w 2011 r. do 27 102 w 2015 r. (wykres 10).

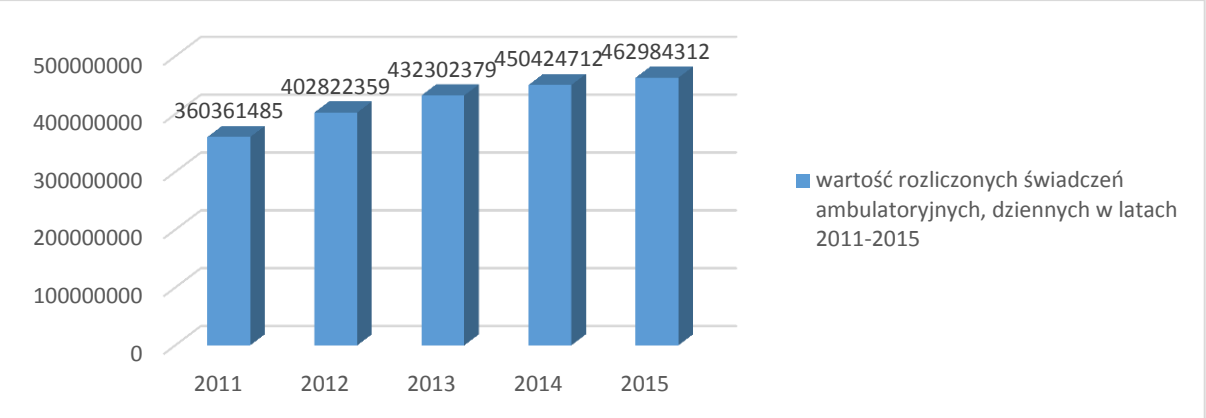


Wykres 9. Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie leczenia środowiskowego w latach 2011-2015.
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia.

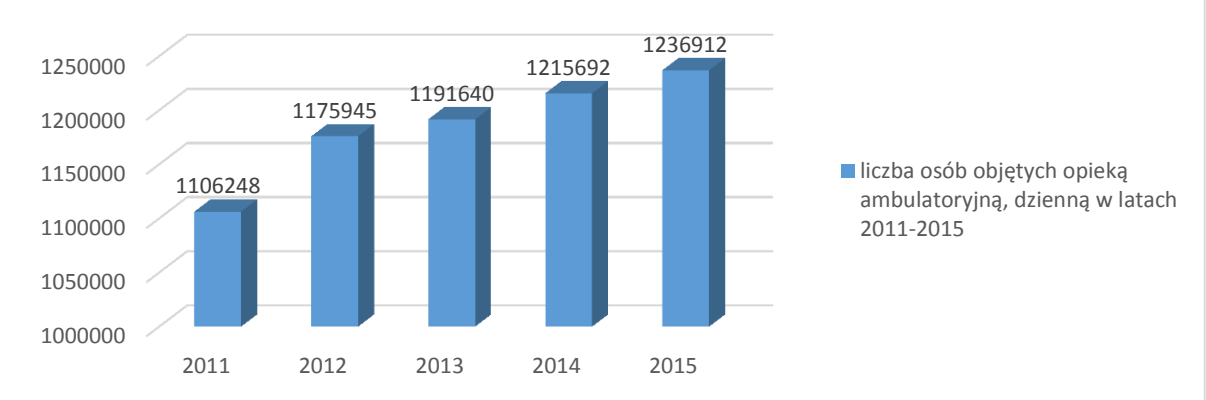


Wykres 10. Liczba osób objętych leczeniem środowiskowym w latach 2011-2015 r.
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększał również nakłady na inne formy psychiatrycznej opieki środowiskowej tzn. leczenie ambulatoryjne oraz dzienne. W 2015 r. sfinansowano przedmiotowe świadczenia na kwotę o 2,8% większą niż w 2014 r. i o 28,5% większą w odniesieniu do roku 2011 (wykres 11). Jednocześnie zwiększała się liczba osób objętych opieką ambulatoryjną, dzienną z 1 106 248 w 2011 r. do 1 236 912 w 2015 r. (wykres 12).



Wykres 11. Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie leczenia ambulatoryjnego, dziennego w latach 2011-2015 r.
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia.

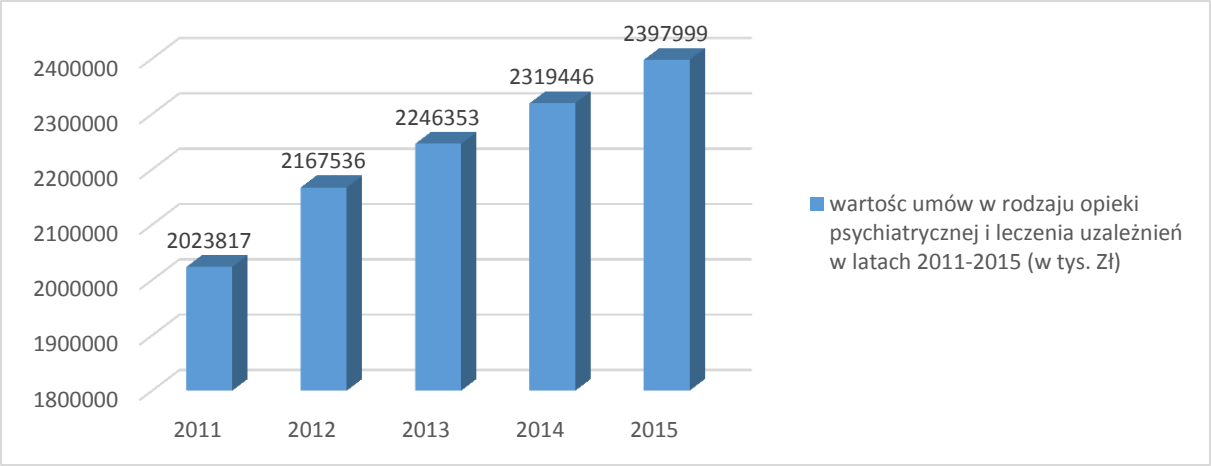


Wykres 12. Liczba osób objętych opieką ambulatoryjną, dzienną w latach 2011-2015 r.
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia.

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

Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększył w 2015 r. środki przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z 2 319 446 zł w 2014 r. do 2 397 999 zł w 2015 r., tj. o 3,38%.

W 2015 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy o udzielanie przedmiotowych świadczeń na kwotę o 14,60% wyższą niż w 2011 r. (wykres 13). Tym samym nakłady na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej per capita wzrosły z 52,84 zł w 2011 r., do 62,39 zł w 2015 r. , tj. o 18,08%.



Wykres 13. Wartość umów w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2011-2015. Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Samorządy województw

Spośród istniejących w Polsce 16 województw 15 zadeklarowało realizację w 2015 r. zadań wynikających z założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Nr zadania	N województw	% województw realizujących Program
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.	10	66,7%
Cel szczegółowy: 1.3. zapobieganie zaburzeniom psychicznym		
Zadanie 1.3.2.	6	40,0%
Cel szczegółowy: 1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego		
Zadanie 1.4.1.	10	66,7%
Cel szczegółowy: 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej		
Zadanie 2.1.2.	4	26,7%
Zadanie 2.1.3.	3	20,0%
Zadanie 2.1.4.	1	6,7%
Zadanie 2.1.5.		
Cel szczegółowy: 2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego		
Zadanie 2.2.2.	4	26,7%
Zadanie 2.2.3.	12	80,0%
Zadanie 2.2.4.	13	86,7%
Cel szczegółowy: 2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi		
Zadanie 2.3.2.	7	46,7%
Zadanie 2.3.4.	3	20,0%
Cel szczegółowy: 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy		
Zadanie 2.4.3.	13	86,7%
Zadanie 2.4.4	6	40,0%

Tabela 16. Realizacja zadań nałożonych przez Program w województwach w 2015 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 10 z 15 badanych województw (78,6%) realizowało programy promocji zdrowia psychicznego. W województwach, w których przeprowadzane były działania dotyczące programu promocji zdrowia psychicznego zadeklarowano realizację 30 programów, które objęły swoim zasięgiem łącznie 519 222 osoby. Realizatorami programu były[22]:

[22] Wyniki nie sumują się do 100, gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.

1) jednostki służby zdrowia – 50,0%;
2) organizacje pozarządowe – 34,4%;
3) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 9,4%;
4) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 6,3%;
5) ośrodki terapii/profilaktyki uzależnień – 3,1%;
6) lokalne media – 3,1%.

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

Jedynie 40% województw (6 z 15) realizowało w 2015 r. programy informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W 2015 r. zadeklarowano realizację na szczeblu wojewódzkim 22 programy, które objęły swoim zasięgiem populację 507 144 osoby. Jeden program obejmował średnio 23 052 osoby. Programy sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi były realizowane przez następujące podmioty:

1) jednostki służby zdrowia – 58,6%;
2) organizacje pozarządowe – 27,6%;
3) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 6,9%;
4) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 3,5%;
5) lokalne media – 3,4%.

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 10 województwach prowadzono działania informacyjne dotyczące dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych. Ogółem działania objęły swoim zasięgiem 2 830 365 osób. Ich realizatorami były[23]:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 39,4%;
2) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 27,3%;
3) organizacje pozarządowe – 24,2%;
4) jednostki służby zdrowia – 9,1%;
5) policja – 6,1%.

[23] Wyniki nie sumują się do 100, gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.

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 2015 r. 4 z 15 (26,7%) województwa 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 (20,0%) podjęło działania na rzecz uzgadniania umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie. Poczyniono następujące uzgodnienia:

1) dokonano diagnozy potrzeb – 25,0%;
2) ustalono metody pozyskiwania osób/uczestników zadań – 25,0%;
3) uzgodniono liczbę podmiotów – 25,0%;
4) ustalono zakres współpracy z innymi podmiotami – 25,0%.

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

Tylko 1 województwo podjęło działania na rzecz opracowania planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane z jednoczesnym przenoszeniem zadań. Ponadto 5 województw nie podjęło tych działań, ponieważ zostały one zrealizowane w latach wcześniejszych.

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 4 województwach (26,7%). W tabeli 17 znajduje się zestawienie dotyczące liczby osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia oferowanych w województwach w 2015 r.

Liczba osób które skorzystały z form wsparcia	Pomoc bytowa w 2015 r.:		Pomoc bytowa w latach wcześniejszych	
	N województw	%	N województw	%
0	2	50,0%	2	50,0%
1-2000	1	25,0%	1	25,0%
10001-20000	1	25,0%	1	25,0%
Liczba osób które skorzystały z form wsparcia	**Pomoc mieszkaniowa w 2015 r.:**		**Pomoc mieszkaniowa w latach wcześniejszych**	
	N województw	%	N województw	%
0	2	50,0%	2	50,0%
51-100	1	25,0%	1	25,0%
105	1	25,0%	1	25,0%
Liczba osób które skorzystały z form wsparcia	**Pomoc stacjonarna w 2015 r.:**		**Pomoc stacjonarna w latach wcześniejszych**	
	N województw	%	N województw	%
0	1	25,0%	1	25,0%
1-1000	1	25,0%	1	25,0%
2001 -5000	1	25,0%	1	25,0%
5001 - 6000	1	25,0%	1	25,0%
Liczba osób które skorzystały z form wsparcia	**Samopomoc środowiskowa w 2015 r.:**		**Samopomoc środowiskowa w latach wcześniejszych**	
	N województw	%	N województw	%
0	1	25,0%	1	25,0%
1-1000	1	25,0%	1	25,0%
2001-3000	0	0,0%	0	0,0%
3001-4000	1	25,0%	1	25,0%
>10000	1	25,0%	1	25,0%

Tabela 17. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia.
Źródło: Opracowanie własne.

Programy realizowane przez województwa przede wszystkim były skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi. Poniżej znajduje się pełne zestawienie dotyczące tego, do jakich grup docelowych samorządy województw kierowały swoje działania poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi[24]:

1) osoby z zaburzeniami psychicznymi (też z rodzicami) – 75,0%;
2) osoby starsze – 50,0%;
3) dzieci i młodzież – 50,0%;
4) rodziny (w tym też sami dorośli) – 50,0%;
5) osoby niepełnosprawne – 50,0%;
6) osoby wybrane przez inne instytucje (też pracownicy tych instytucji) – 50.0%;

[24] Wyniki nie sumują się do 100, gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.

7) osoby bezrobotne i zagrożone wykluczeniem – 25,0%;
8) osoby uzależnione (też z rodzicami) – 25,0%;
9) osoby bezdomne – 25,0%.

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

12 województw (80,0%) wspierało finansowo samopomocowe projekty organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Łączna kwota przeznaczona na wsparcie 73 projektów 1 534 389 zł. Średnia wysokość przekazanych środków to 21 019,03 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 (86,7%) podejmowało współpracę z organizacjami pozarządowymi realizującymi formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego. W sumie zadeklarowano współpracę ze 345 organizacjami. Liczbę organizacji, z którymi współpracowały województwa prezentuje poniższe zestawienie:

1) 1-10 organizacji – 5 województw (38,4%);
2) 11-20 organizacji – 3 województwa (23,1%);
3) 21-30 organizacji – 1 województwo (7,7%);
4) 31-40 organizacji – 2 województwa (15,4%);
5) 41-60 organizacji – 1 województwo (7,7%);
6) pow. 100 organizacji – 1 województwo (7,7%).

Efektem współpracy była realizacja 439 projektów. W poszczególnych województwach realizowane były odmienne ilości projektów:

1) 1 projekt – 1 województwo (7,7%);
2) 2 projekty – 1 województwo (7,7%);
3) 8 projektów – 2 województwa (15,4%);
4) 13 projektów – 2 województwa (15,4%);
5) 14 projektów – 2 województwa (15,4%);
6) 16 projektów – 1 województwo (7,7%);
7) 27 projektów – 1 województwo (7,7%);
8) 36 projektów – 1 województwo (7,7%);
9) 106 projektów – 1 województwo (7,7%);
10) 181 projektów – 1 województwo (7,7%).

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 7 województwach realizowane były formy wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Liczba placówek objętych projektami w 2015 r.. była zależna od województwa i wahała się od 1 do 24. Po poszczególnych województwach objętych wsparciem było kolejno 2, 4, 9, 17 i 24 placówki. Jedno województwo zadeklarowało, że nie objęło wsparciem żadnej placówki. Łącznie województwa objęły wsparciem 46 przedsiębiorstw. Jednak 3 województwa spośród 7 deklarujących realizację przedmiotowego działania nie objęły nimi przedsiębiorstw. Dwa województwa objęły wsparciem 1 przedsiębiorstwo, jedno województwo 3 przedsiębiorców, a kolejne 41 przedsiębiorców. Liczba osób objętych projektami wyniosła 2 979 i była zależna od województwa wahając się od 0 do 2 232 osób.

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

W 2015 r. jedynie 3 województwa prowadziły kampanie szkoleniowo-informacyjnej adresowane do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi. Poszczególne województwa przeprowadziły odpowiednio 1 oraz 5 kampanii. Kampanie objęły w poszczególnych województwach 1, 30 oraz 41 pracodawców. Tylko jedno z województw zgłosiło problem w realizacji kampanii – była nim niechęć pracodawców.

Cel szczegółowy 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

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

13 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 6 województw (40,0%). 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 1 666 szt.:

1) 1 (16,7%);
2) 5 (16,7%);
3) 100 (16,7%);

4) 300 (16,7%);
5) 1260 (16,7%);
6) brak wskazania liczby egzemplarzy (16,7%).

Przewodniki dostępne były w różnych instytucjach[25]:

1) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 66,7%;
2) jednostki służby zdrowia – 50,0%;
3) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 33,3%;
4) Kuratorium Oświaty – 16,7%;
5) organizacje pozarządowe – 16,7%;
6) jednostki oświatowe – 16,7%;
7) publiczne służby zatrudnienia – 16,7%.

[25] Wyniki nie sumują się do 100, gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.

Samorządy powiatów i gmin

Spośród istniejących w Polsce 380 powiatów 342 podmioty przystąpiło do wypełnienia sprawozdania, 235 powiatów zadeklarowało fakt realizacji w 2015 roku zadań wpisujących się w założenia Programu.

Nr zadania	N powiatów	% powiatów realizujących Program
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.	137	58,3%
Cel szczegółowy 1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym		
Zadanie 1.2.2.	207	88,1%
Cel szczegółowy 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi		
Zadanie 1.3.2.	121	51,5%
Cel szczegółowy 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej		
Zadanie 2.1.2.	53	22,6%
Cel szczegółowy 2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego		
Zadanie 2.2.2.	74	31,5%
Zadanie 2.2.3.	83	35,3%
Zadanie 2.2.4.	67	28,5%
Zadanie 2.2.5.	46	19,6%
Cel szczegółowy 2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi		
Zadanie 2.3.2.	86	36,6%
Zadanie 2.3.3.	150	63,8%
Zadanie 2.3.5.	59	25,1%
Zadanie 2.3.6.	80	34,0%
Cel szczegółowy 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy		
Zadanie 2.4.3.	165	70,2%
Zadanie 2.4.4.	43	18,3%

Tabela 18. Realizacja zadań nałożonych przez Program w powiatach w 2015 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 137 z 235 powiatów deklarujących realizację zadań wynikających z Programu realizowało programy promocji zdrowia psychicznego w 2015 r. W powiatach deklarujących realizację zadania zrealizowano w sumie 387 programów, które objęły swoim zasięgiem 1 248 368 osób. Średnio 1 program obejmował swoim zakresem 3 226 osób. Realizatorami projektów były:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 24,5%;

2) organizacje pozarządowe – 23,8%;
3) jednostki oświatowe – 20,6%;
4) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 18,4%;
5) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 8,1%;
6) jednostki służby zdrowia – 6,0%;
7) publiczne służby zatrudnienia – 2,4%;
8) SANEPID – 2,2%;
9) policja – 1,4%;
10) zakłady terapii/profilaktyki uzależnień – 1,2%;
11) trudno określić – 0,5%;
12) lokalne media – 0,2%.

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 2015 r. 207 powiatów realizowało programy zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i środowisku lokalnym. Programy zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym były w pierwszej kolejności ukierunkowane na przeciwdziałanie tego typu zdarzeniom w rodzinie (41,9%), zaś relatywnie rzadziej odnosiły się do przemocy w szkole (31,3%) oraz środowisku lokalnym (26,8%). Programy były przy tym realizowane przez następujące podmioty:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 42,3%;
2) jednostki oświatowe – 20,5%;
3) organizacje pozarządowe – 15,8%;
4) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 11,0%;
5) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 9,8%;
6) policja/prokuratura/sąd/straż miejska/straż pożarna/straż graniczna – 9,0%;
7) jednostki służby zdrowia – 4,5%;
8) inne podmioty – 1,7%;
9) zakłady terapii/profilaktyki uzależnień – 0,6%;
10) SANEPID – 0,4%.

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 121 powiatów realizowane były programy informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji osób z zaburzeniami

psychicznymi. Łącznie powiaty zrealizowały 323 programy, które objęły swoim zasięgiem 1 239 587 osób. Realizatorami projektów były[26]:

1) organizacje pozarządowe – 30,4%;
2) realizacja innej formy pomocy społecznej – 26,2%;
3) jednostki oświatowe – 17,3%;
4) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 13,1%;
5) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 11,6%;
6) jednostki służby zdrowia – 4,9%;
7) lokalne media – 1,3%;
8) publiczne służby zatrudnienia – 1,1%;
9) inne podmioty – 0,8%;
10) policja – 0,4%;
11) zakłady terapii/profilaktyki uzależnień – 0,2%.

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 2015 r. w 53 powiatów realizowało program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Programami średnio objęte było 5 placówek. Najwięcej było powiatów, gdzie działaniami była objęta od jednej do trzech placówek (w sumie 30 powiatów). Poniżej pełne zestawienie:

1) 1 placówka – 15 powiatów;
2) 2 placówki – 4 powiaty;
3) placówki – 11 powiatów;
4) placówki – 3 powiaty;
5) placówek – 3 powiaty;
6) placówek – 3 powiaty;
7) placówek – 5 powiatów;
8) placówek – 3 powiaty;
9) placówek – 1 powiat;
10) 12 placówek – 1 powiat;
11) 17 placówek – 1 powiat;
12) 28 placówek – 1 powiat.

[26] Wyniki nie sumują się do 100, gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.

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 74 powiatach.

W poniższej tabeli 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 2015 roku:**		**Pomoc bytowa w latach wcześniejszych**	
	N powiatów	%	N powiatów	%
0	15	30,0%	13	28,9%
1 - 10	1	2,0%	1	2,2%
11 -100	13	26,0%	14	31,2%
101 - 1000	17	34,0%	11	24,4%
1001 - 10000	4	8,0%	6	13,3%
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	**Pomoc mieszkaniowa w 2015 roku:**		**Pomoc mieszkaniowa w latach wcześniejszych**	
	N powiatów	%	N powiatów	%
0	24	49,0%	19	44,2%
1 - 10	8	16,3%	9	20,8%
11 -100	13	26,5%	10	23,5%
101 - 1000	4	8,2%	5	11,5%
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	**Pomoc stacjonarna w 2015 roku:**		**Pomoc stacjonarna w latach wcześniejszych**	
	N powiatów	%	N powiatów	%
0	11	18,0%	9	17,0%
1 - 100	22	36,1%	19	35,8%
101 - 1000	27	44,3%	25	47,2%
pow. 1000	1	1,6%		
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	**Samopomoc środowiskowa w 2015 roku:**		**Samopomoc środowiskowa w latach wcześniejszych**	
	N powiatów	%	N powiatów	%
0	6	9,2%	7	12,1%
1 - 10	1	1,5%	1	1,7%
11 -100	34	52,3%	30	51,7%
101 - 1000	23	35,5%	19	32,8%
pow. 1000	1	1,5%	1	1,7%

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

Programy realizowane przez powiaty były przede wszystkim skierowane do:

1) osób z zaburzeniami psychicznymi (też z rodzicami) – 21,8%;

2) osób niepełnosprawnych – 20,2%;
3) osób starszych – 16,6%;
4) dzieci i młodzieży – 11,4%;
5) rodzin (w tym też samych dorosłych) – 10,7%;
6) osób bezrobotnych i zagrożonych wykluczeniem – 5,9%;
7) osób uzależnionych (też z rodzicami) – 4,9%;
8) osób bezdomnych – 3,9%;
9) osób wybranych przez instytucje (też pracowników tych instytucji) – 2,3%;
10) osób z niepełnosprawnością umysłową – 1,0%;
11) całej społeczności lokalnej – 0,7%;
12) osób przewlekle chorych – 0,3%;
13) ofiar przemocy w rodzinie – 0,3%.

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

83 powiatów wspierało finansowo samopomocowe projekty organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Łączna kwota przeznaczona na wsparcie 279 projektów to 70 871 521 zł. Szczegółowy rozkład kwot przedstawiony poniżej:

1) 1 – 1000 zł – 10,4%;
2) 1001 - 5000 zł – 29,7%;
3) 5001 - 10000 zł – 14,0%;
4) 10001 - 50000 zł – 14,3%;
5) 50001 - 100000 zł – 6,5%;
6) 100001 - 500000 zł – 15,4%;
7) 500001 - 1000000 zł – 3,6%;
8) pow. 1000000 zł – 6,1%.

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 2015 r. łącznie 67 powiatów 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 2015 r. łącznie 46 powiatów podjęło działania na rzecz zwiększenia udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie.

Procent wydatków w wydatkach ogólnych PCPR-ów	Wydatki w 2015 r:		Wydatki w latach wcześniejszych	
	N powiatów	%	N powiatów	%
0	0	0,0	1	2,3
1 - 10	28	63,6	25	62,5
11 -20	7	15,9	6	15,0
21-30	3	6,8	4	10,0
31-40	3	6,8	1	2,5
41-50	2	4,5	2	5,0
51-60	1	2,3	1	2,5
61-70	0	0,0	0	0,0
71-80	0	0,0	0	0,0
81-90	1	2,3	0	0,0
91-100	0	0,0	0	0,0

Tabela 20. 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 2015 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 86 powiatach realizowane były programy rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. W większości powiatów wsparciem objęto od 1 do 5 placówek. W sumie w powiatach objęto ich wsparciem 332. W przypadku przedsiębiorstw natomiast w ok. 23% powiatów nie objęto wsparciem żadnego. W sumie było ich 2 699. W efekcie podejmowanych działań skorzystały ze wsparcia 24 420 osoby. Dokładny rozkład danych prezentują poniższe tabele.

Liczba placówek:	N powiatów	%
0	17	22,4%
1-5	46	60,5%
6-10	7	9,2%
11-20	4	5,3%
21-30	1	1,3%
pow. 30	1	1,3%
Ogółem	76	100%

Tabela 21. Liczba placówek objętych projektami w 2015 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Liczba przedsiębiorstw:	N powiatów	%
0	15	22,7%
1-5	18	27,3%
6-10	8	12,1%
11-20	9	13,6%

21-50	5	7,6%
51-100	4	6,1%
101-200	1	1,5%
201-500	6	9,1%
Ogółem	66	100%

Tabela 22. Liczba przedsiębiorstw objętych projektami w 2015 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Liczba osób:	N powiatów	%
0	1	1,2%
1-10	12	14,6%
11-20	15	18,1%
21-30	8	9,6%
31-40	5	6,0%
41-50	5	6,0%
51-100	19	22,9%
101-200	8	9,6%
201-300	5	6,0%
301-400	1	1,2%
401-500	1	1,2%
501-1000	1	1,2%
1001-5000	1	1,2%
5001 i więcej	1	1,2%
Ogółem	83	100%

Tabela 23. Liczba osób objętych projektami w 2015 r.
Źródło: Opracowanie własne.

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

150 powiatów 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

59 powiatów prowadziło kampanie szkoleniowo-informacyjne adresowane do pracodawców, promujące zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi. Ogółem zrealizowano ich 290. Średnio programami objęte były 241 przedsiębiorstwa. 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 20,5% pracodawców.

Liczba pracodawców:	N powiatów	%	Odsetek pracodawców:	N powiatów	%
1 - 10	9	15,3%	1 - 10	34	58,6%
11 - 20	13	22,0%	11 - 20	8	13,8%
21 - 30	1	1,7%	21 - 30	4	6,9%
31 - 40	3	5,1%	31 - 40	1	1,7%
41 - 50	4	6,7%	41 - 50	6	10,3%
51 - 100	9	15,3%	51 - 60	1	1,7%
101-200	4	6,7%	61 - 70	0	0,0%
201-500	9	15,3%	71 - 80	0	0,0%
501-1000	5	8,5%	81 - 90	0	0,0%
1001 i więcej	2	3,4%	91 - 100	1	1,7%

Tabela 24. Liczba i odsetek pracodawców objętych oddziaływaniem kampanii szkoleniowo informacyjnej w 2015 r.
Źródło: Opracowanie własne.

W 3 powiatach podczas realizacji kampanii szkoleniowo-informacyjnych adresowanych do pracodawców napotkano na problemy związane z obawą pracodawców przed zatrudnieniem osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz brakami wykwalifikowanego personelu.

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

Łącznie 80 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 165 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 43 powiaty. Przewodniki dostępne były w różnych instytucjach:

1) jednostki organizacyjne pomocy społecznej – 35,0%;
2) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 25,8%;
3) jednostki oświatowe – 14,2%;
4) publiczne służby zatrudnienia – 11,7%;
5) organizacje pozarządowe – 5,0%;
6) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 4,2%;

7) ośrodki interwencji kryzysowej – 1,7%;
8) jednostki służby zdrowia – 0,8%;
9) Kościół (parafie) – 0,8%
10) zakłady pracy chronionej – 0,8%.

Spośród istniejących w Polsce 2 414 gmin, 1 677 przystąpiło do wypełnienia sprawozdania, z czego 359 podmioty zadeklarowały fakt realizacji w 2015 r. zadań nałożonych przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Nr zadania	N gmin	% gmin realizujących Program
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.	150	41,8%
Cel szczegółowy 1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym		
Zadanie 1.2.2.	310	86,4%
Cel szczegółowy 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi		
Zadanie 1.3.2.	108	30,1%
Cel szczegółowy 1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego		
Zadanie 1.4.1.	23	6,4%
Cel szczegółowy 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej		
Zadanie 2.1.2.	28	7,8%
Cel szczegółowy 2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego		
Zadanie 2.2.2.	78	21,7%
Zadanie 2.2.3.	56	15,6%
Zadanie 2.2.4.	36	10,0%
Cel szczegółowy 2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi		
Zadanie 2.3.2.	17	4,7%
Zadanie 2.3.3.	44	12,3%
Zadanie 2.3.5.	11	3,1%
Cel szczegółowy 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy		
Zadanie 2.4.3.	167	46,5%
Zadanie 2.4.4.	27	7,5%

Tabela 25. Realizacja zadań nałożonych przez Program w gminach w 2015 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 150 gmin realizowało programy promocji zdrowia psychicznego. W 150 gminach, w których przeprowadzane były działania dotyczące programu promocji zdrowia psychicznego zrealizowano 287 programów, które objęły swoim zasięgiem łącznie 310 686 osób. Programy te były realizowane przez następujące podmioty[27]:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 39,8%;
2) jednostki oświatowe – 23,4%;
3) organizacje pozarządowe – 20,7%;
4) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 16,8%;
5) policja/prokuratura – 2,7%;
6) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 1,8%;
7) psycholodzy – 1,6%;
8) SANEPID – 1,4%;
9) instytucje kultury – 0,9%;
10) ośrodki psychoprofilaktyki – 0,9%;
11) zespoły interdyscyplinarne – 0,9%;
12) publiczne służby zatrudnienia – 0,7%;
13) zakłady terapii/profilaktyki uzależnień – 0,5%.

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 310 gminach realizowano programy zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i środowisku lokalnym. Realizowane programy dotyczyły poszczególnych rodzajów przemocy. Najwięcej programów dotyczyło przemocy w rodzinie (41,0%) oraz przemocy w szkole w szkole (32,5%). Z kolei przemocy w środowisku lokalnym poświęcone było 26,5% programów.

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 gminach realizowane były programy informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji osób z zaburzeniami

[27] Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli wskazać kilka podmiotów.

psychicznymi. Łącznie gminy zrealizowały 227 programów, które objęły swoim zasięgiem 153 121 osób. Realizatorami projektów były:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 41,2%;
2) organizacje pozarządowe – 24,7%;
3) jednostki oświaty – 22,3%;
4) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 9,5%;
5) instytucje kultury i sportu – 2,7%;
6) jednostki służby zdrowia – 2,1%;
7) firmy zewnętrzne – 1,5%;
8) psycholodzy – 1,5%;
9) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 0,6%;
10) policja/prokuratura – 0,6%;
11) publiczne służby zatrudnienia – 0,3%;
12) SANEPID – 0,3%.

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 2015 r. w 23 gminach 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

28 gmin realizowało program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Programami średnio objęte były 4 placówki, jednak w przypadku jednej gminy było to aż 34 placówki. Najwięcej było gmin gdzie działaniami była objęta jedna placówka (11 gmin). Poniżej pełne zestawienie:

1) 1 placówka (11 gmin – 39,3%);
2) 2 placówki (8 gmin – 28,5%);
3) placówki (3 gminy – 10,7%);
4) placówki (1 gmina – 3,6%);
5) placówek (2 gminy – 7,1%);
6) 17 placówek (1 gmina – 3,6%);

7) 19 placówek (1 gmina – 3,6%);
8) 34 placówki (1 gmina – 3,6%).;

Odsetek placówek biorących udział w programie ukazuje poniższe zestawienie. W 17 gminach objęło swoimi działaniami 100% placówek:

1) 11 – 20% - 4 gminy (14,3%);
2) 21 – 30% - 1 gmina (3,6%);
3) 31 – 40% - brak;
4) 41 – 50% - 3 gminy (10,7%);
5) 51 – 60% - brak;
6) 61 – 70% - 1 gmina (3,6%);
7) 71 – 80% - 2 gminy (7,1%);
8) 81 – 90% - brak;
9) 91 - 100 - 17 gmin (60,7%).

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 78 gminach. W tabeli 26 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 2015 r.:**		**Pomoc bytowa w latach wcześniejszych**	
	N gmin	%	N gmin	%
0	28	36,8%	29	38,2%
1 - 10	12	15,8%	9	11,8%
11 -100	22	28,9%	21	27,6%
101 - 1000	10	13,2%	11	14,5%
1001 - 10000	4	5,3%	6	7,9%
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	**Pomoc mieszkaniowa w 2015 roku:**		**Pomoc mieszkaniowa w latach wcześniejszych**	
	N gmin	%	N gmin	%
0	50	65,8%	49	64,5%
1 - 10	11	14,5%	11	14,5%
11 -100	11	14,5%	10	13,2%
101 - 1000	3	3,9%	3	3,9%
pow. 1000	1	1,3%	3	3,9%
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	**Pomoc stacjonarna w 2015 roku:**		**Pomoc stacjonarna w latach wcześniejszych**	
	N gmin	%	N gmin	%
0	35	46,1%	32	42,1%
1 - 10	19	25,0%	21	27,6%
11 -100	20	26,3%	19	25,0%

pow. 100	2	2,6%	4	5,3%
Liczba osób, które skorzystały z form wsparcia	**Samopomoc środowiskowa w 2015 roku:**		**Samopomoc środowiskowa w latach wcześniejszych**	
	N gmin	%	N gmin	%
0	12	15,8%	16	21,1%
1 - 10	14	18,4%	16	21,1%
11 -100	45	59,2%	39	51,3%
101 - 300	1	1,3%	2	2,6%
pow. 300	4	5,3%	3	3,9%

Tabela 26. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia.
Źródło: Opracowanie własne.

Programy realizowane przez gminy były skierowane przede wszystkim do osób z zaburzeniami psychicznymi. Poniżej znajduje się pełne zestawienie dotyczące tego, do jakich grup docelowych gminy kierowały swoje działania:

1) osoby z zaburzeniami psychicznymi (też z rodzicami) – 21,5%;
2) osoby niepełnosprawne – 18,2%;
3) osoby starsze – 15,0%;
4) dzieci i młodzież – 11,2%;
5) rodziny (w tym też sami dorośli) – 10,3%;
6) osoby uzależnione (też z rodzicami) – 9,4%;
7) osoby bezrobotne i zagrożone wykluczeniem – 7,3%;
8) osoby bezdomne – 5,3%;
9) osoby wybrane przez inne instytucje (też pracownicy tych instytucji) – 1,5%;
10) osoby niepełnosprawne intelektualnie – 0,3%.

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

56 gmin wspierało finansowo samopomocowe projekty organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Łączna kwota przeznaczona na wsparcie 126 projektów to 240 782 066 zł. Szczegółowe dane dotyczące wydatkowanych kwot przedstawiono poniżej:

1) 1 - 1000 zł - 6 projektów, 4,8%;
2) 1001 - 5000 zł - 47 projektów, 37,3%;
3) 5001 - 10000 zł - 20 projektów, 15,9%;
4) 10001 - 50000 zł - 26 projektów, 20,6%;
5) 50001 - 100000 zł - 4 projekty, 3,2%;
6) 100001 - 500000 zł - 14 projektów, 11,1%;
7) 500000 - 1000000 - 3 projekty, 2,3%,
8) pow. 1000000 zł - 6 projektów, 4,8%.

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 36 gmin wspierało finansowo projekty organizacji pozarządowych realizujących formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających działania ciągłego. W sumie gminy wsparły 99 projektów. Najczęściej gminy (18 gmin) wspierały finansowo

1 projekt realizujący formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Tylko w 1 gminie wsparcie zostało przekazane na realizacją aż 26 projektów.

1) 1 projekt - 18 gmin – 50,0%;
2) 2 projekty -10 gmin – 27,7%;
3) projekty - 2 gminy – 5,6%;
4) projekty - 3 gminy – 8,3%;
5) projektów - 1 gmina – 2,8%;
6) 11 projektów - 1 gmina – 2,8%;
7) 26 projektów - 1 gmina – 2,8%.

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 17 gminach realizowane były programy rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Tabele 27, 28, 29 przedstawiają dane dotyczące liczba placówek, przedsiębiorstw i osób objętych projektami w gminach w 2015 r. W 10 gminach projektami objęto tylko 1 placówkę, zaś tylko w 1 gminach projektami zostało objętych 6 placówek. Podobnie przedstawiają się dane dotyczące przedsiębiorstw oraz osób objętych projektami.

Liczba placówek:	N gmin	%
1	10	58,8%
2	6	35,3%
6	1	5,9%
Ogółem	17	100,00%

Tabela 27. Liczba placówek objętych projektami w 2015 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Liczba przedsiębiorstw:	N gmin	%
0	10	58,8%
1	4	23,5%
3	1	5,9%
8	1	5,9%
20	1	5,9%
Ogółem	17	100,00%

Tabela 28.Liczba przedsiębiorstw objętych projektami w 2015 r.
Źródło: Opracowanie własne.

Liczba osób:	N gmin	%
1	1	5,9%
3	1	5,9%
4	1	5,9%
6	1	5,9%
7	2	11,7%
10	3	17,6%
12	1	5,9%
18	1	5,9%
36	1	5,9%
48	1	5,9%
50	2	11,7%
55	1	5,9%
25867	1	5,9%
Ogółem	17	100,00%

Tabela 29. Liczba osób objętych projektami w 2015 r.
Źródło: Opracowanie własne.

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

W 2015 r. 44 gminy podjęły 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, w tym[28]:

1) poradnictwo zawodowe i psychologiczne – 50,0%;
2) terapia/rehabilitacja – 36,4%;
3) kursy/szkolenia – 25,0%;
4) inne działania – 11,4%;
5) aktywizacja zawodowa – 9,1%;
6) działania na rzecz integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi – 6,8%;
7) praktyki/staże – 4,5%;
8) grupy wsparcia – 2,3%;
9) informacje o podejmowanych działaniach wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi – 2,3%;
10) kierowanie do zakładów pracy chronionej – 2,3%;
11) kierowanie na roboty publiczne/prace społecznie użyteczne – 2,3%.

Średnio w ramach działań mających na celu zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacji poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi zostało objętych 268 osób w gminie. Jednak z uwagi na pojawiające się skrajne wartości do określenia przeciętej liczby osób korzystających

[28] Wyniki nie sumują się do 100, gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.

z tego typu wsparcia jest mediana, która wynosi 24,5, co w zaokrągleniu daje 25 osób. Poniżej znajduje się zestawienie z danymi dotyczącymi tego ile osób zostało objętych działaniami w danym odsetku gmin:

1) 1 – 10 osób – 12 gmin – 27,3%;
2) 11 - 20 osób – 9 gmin – 20,5%;
3) 21 - 30 osób – 7 gmin – 15,9%;
4) 31 - 40 osób – 1 gmina – 2,3%;
5) 41 - 50 osób – 6 gmin – 13,6%;
6) 51 - 60 osób – 2 gminy – 4,5%;
7) 61 - 70 osób – 2 gminy – 4,5%;
8) 71 - 80 osób – 2 gminy – 4,5%;
9) 81 - 90 osób – 1 gmina – 2,3%;
10) 571 osób – 1 gmina – 2,3%;
11) 25 867 osób – 1 gmina – 2,3%.

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

Tylko 11 spośród gmin prowadziło kampanię szkoleniowo-informacyjną adresowaną do pracodawców, promującą zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi. W 10 gminach prowadzona była jedna kampania, w 2 gminach prowadzone były 2 kampanie, 1 gmina przeprowadziła 3 kampanie, natomiast jeszcze jedna 4 kampanie. Średnio gminy objęły prowadzonymi kampaniami szkoleniowo-informacyjnymi 22 pracodawców. Tylko w 1 gminie kampania ta objęta swoim zasięgiem powyżej 50 pracodawców. Średnio w gminach kampania objęła około 20% pracodawców.

Liczba pracodawców:	N gmin	%	Odsetek pracodawców:	N gmin	%
1	1	9,1%	1	1	9,1%
2	1	9,1%	2	1	9,1%
4	1	9,1%	5	2	18,1%
10	1	9,1%	6	1	9,1%
12	1	9,1%	10	1	9,1%
20	1	9,1%	15	1	9,1%
25	1	9,1%	20	2	18,1%
30	2	18,1%	30	1	9,1%
37	1	9,1%	100	1	9,1%
67	1	9,1%			

Tabela 30. Liczba i odsetek pracodawców objętych oddziaływaniem kampanii szkoleniowo informacyjnej w 2015 r.
Źródło: Opracowanie własne.

W 2 gminach podczas realizacji kampanii szkoleniowo-informacyjnych adresowanych do pracodawców napotkano na problemy, które dotyczyły niechęci do współpracy ze strony pracodawców (66,7%) oraz trudności komunikacyjnych (33,3%).

Cel szczegółowy 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

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

W 167 gminach 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 27 gmin. Pozostałe gminy nie prowadziły działań mających na celu aktualizacje ww. przewodnika podając następujące przyczyny:

1) informacje są przekazywanie w inny sposób – 45,6%;
2) brak przewodnika (lub przewodnik w opracowaniu) – 38,0%;
3) poprzednia wersja przewodnika jest aktualna – 7,3%;

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 702 szt. Największy nakład wyniósł 5 250 szt. Nakład przygotowanej aktualizacji przewodnika w gminach przedstawia się następująco:

1) 1 – 10 szt. – 2 gminy – 7,4%;
2) 11 - 100 szt. – 12 gmin – 44,4%;
3) 101 - 500 szt. – 6 gmin – 22,2%;
4) 501 - 1000 szt. – 3 gminy – 11,1%;
5) 1001 - 2000 szt. – 1 gmina – 3,7%;
6) pow. 2000 szt. – 3 gminy – 11,1%.

Przewodniki dostępne były w różnych instytucjach i urzędach[29]:

1) jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej – 100%;
2) jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego – 70,4%;
3) jednostki służby zdrowia – 55,6%;
4) jednostki oświatowe – 22,2%;
5) organizacje pozarządowe – 11,1%;
6) policja/sąd – 11,1%;
7) poradnie psychologiczno-pedagogiczne – 7,4%;
8) instytucje kultury – 3,4%;
9) punkty informacji turystycznej – 3.4%.

[29] Wyniki nie sumują się do 100, gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.

Rozdział II

Nakłady finansowe przeznaczone na realizację Programu

W 2015 r. środki finansowe przeznaczone na realizację Programu przedstawiały się następująco:

Minister Zdrowia w zakresie kwoty zaplanowanej na realizację zadań wydatkował na przeprowadzenie badania ankietowego środki w wysokości 20 541 zł.

W przedmiocie nakładów poniesionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, koszty realizacji świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2015 r. wyniosły 2 397 999,27 tys. zł.

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie poniósł żadnych środków finansowych.

Natomiast Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na realizację Programu przeznaczył około 49 771 976 zł.

Minister Sprawiedliwości podobnie jak w poprzednich latach realizacji Programu nie wydatkował żadnych środków finansowych.

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji przeznaczył na realizację zadań w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego kwotę w wysokości 470 978,56 zł. Były to środki wydatkowane z budżetu MSWiA. Łącznie wszystkimi działaniami objęto grupę 3 521 osób.

Uwzględniając poziom deklarowanych wydatków przez województwa na działania skierowane na ochronę zdrowia psychicznego można stwierdzić, że:

1) 2 województwa przeznaczyły na ten cel mniej niż 100 000 zł;
2) 9 województw przeznaczyło na ten cel powyżej 100 000 zł do 1 000 000 zł;
3) 1 województwo przeznaczyło na ten cel powyżej 1 000 000 zł do 5 000 000 zł;
4) 3 województwa przeznaczyły na ten cel powyżej 5 000 000 zł do 10 000 000 zł;

Łącznie wszystkie województwa przekazały na ten cel 26 986 329 zł. Średnie nakłady przypadające na jedno województwo wynosiły 1 799 088,60 zł.

Całkowite nakłady finansowe przeznaczone przez powiaty na działania skierowane na ochronę zdrowia psychicznego wynosiły:

1) 0 zł – 70 powiatów;
2) 1-1000 zł – 3 powiatów;
3) 1001-10 000 zł – 31 powiaty;
4) 10 001-50 000 zł – 33 powiatów;
5) 50 001-200 000 zł – 19 powiaty;
6) 200 001-500 000 zł – 12 powiatów;
7) 500 001-1 000 000 zł – 15 powiatów;

8) 1 000 001-5 000 000 zł – 26 powiatów;
9) 5 000 001-10 000 000 zł – 5 powiaty;
10) powyżej 10 000 000 zł – 21 powiatów.

Całkowita suma zadeklarowanych wydatków wyniosła 1 mld 132 mln zł. Średnie nakłady przypadające na jeden powiat deklarujący realizację działań wpisujących się w założenia Programu wynosiły 9 mln zł.

Całkowite nakłady finansowe przeznaczone przez gminy, na działania skierowane na ochronę zdrowia psychicznego wynosiły:

1) 0 zł - 107 gminy;
2) 1-1000 zł - 21 gminy;
3) 1001-10 000 zł - 60 gmin;
4) 10 001-50 000 zł - 51 gmin;
5) 50 001-200 000 zł - 33 gmin;
6) 200 001-500 000 zł - 28 gmin;
7) 500 001-1 000 000 zł - 35 gmin;
8) 1 000 000-10 000 000 zł - 9 gmin;
9) powyżej 1 000 001 zł - 15 gmin.

Całkowita suma zadeklarowanych wydatków wyniosła 645 mln zł. Średnie nakłady przypadające na jedną gminę wynosiły 1,7 mln zł.

Rozdział III

Podsumowanie realizacji Programu

W 2015 r. sprawozdania z realizacji Programu złożyły wszystkie instytucje szczebla centralnego. Spośród jednostek samorządu terytorialnego, sprawozdania złożyło 15 z 16 samorządów województw, natomiast na szczeblu powiatów 228 z 314 powiatów (72% w stosunku do 81% w 2011 r.), wszystkie miasta na prawach powiatu oraz 1 562 z 2 479 gmin (63% w porównaniu do 58% w 2011 r.).

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 18,48% (z 2 mld 023 tys. do 2 mld 397 tys. zł);
2) w 2015 r. jak i w latach poprzednich obowiązywania Programu nastąpił wzrost środków na finansowanie świadczeń opieki psychiatrycznej udzielanych w zakresie leczenia środowiskowego aż o 126,6% w porównaniu do 2011 r. Jednocześnie zwiększała się liczba osób objętych opieką środowiskową z 10 628 w 2011 r. do 27 102 w 2015 r.;
3) w ramach realizacji Programu w 2015 r. wśród najważniejszych działań województwa wymieniały:
   - efektywną współpracę samorządu z NGO – 86,7%,
   - współpracę z innymi instytucjami – 80,0%,
   - przeprowadzenie szkoleń i działań informacyjnych – 73,3%,
   - utworzenie nowych jednostek, poprawa infrastruktury już istniejącej – 20,0%,
   - rozwój infrastruktury medycznej – 2,4%,
   - wzrost akceptacji i wiedzy o osobach z zaburzeniami psychicznymi w społeczności lokalnej – 2,4%;
4) gminy jako swoje najważniejsze osiągnięcia w ramach realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wymieniały :
   - zapewnienie opieki, działania profilaktyczne – 64,5%,
   - współpraca z innymi instytucjami – 64,0%,
   - działania informacyjne i edukacyjne – 63,4%,
   - aktywizacja zawodowa i integracja społeczna osób z problemami – 30,5%,
   - współpraca z NGO – 21,2%,
   - dofinansowanie działań i programów – 20,6%,
   - zmniejszenie skali zjawiska – 19,5%,
   - zmiana postaw społecznych wobec osób z zburzeniami psychicznymi – 0,9%,

- rozwój infrastruktury – 0,4%.

Jedynie 14,2% gmin uznało, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego nie przyniósł żadnych osiągnięć;

5) powiaty jako swoje najważniejsze osiągnięcia w wyniku realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wymieniały przede wszystkim:
   - działania informacyjne i promocyjne – 21,3%,
   - współpraca z innymi instytucjami – 20,6%,
   - zapewnienie opieki, działania profilaktyczne – 16,3%,
   - aktywizacja zawodowa i integracja społeczna osób z problemami – 16,2%,
   - współpraca z NGO – 10,1%,
   - dofinansowanie działań i programów – 6,7%,
   - zmniejszenie skali zjawiska – 5,9%,
   - zwiększenie poziomu wiedzy i akceptacji wśród społeczności lokalnej – 0,7%,
   - rozwój infrastruktury dla osób z zaburzeniami psychicznymi – 0,1%.

Tylko 1,4% powiatów uważa, że realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2015 r. nie przyniosło żadnych osiągnięć.

Próba podjęcia analizy wykonania zadań wskazanych w Programie wydaje się niezasadna z uwagi na fakt, iż wiele zadań była realizowana w ramach zadań własnych. Na przykładzie Ministra Edukacji Narodowej tworzenie wyodrębnionych szczegółowych programów w obszarze profilaktyki zachowań problemowych dzieci i młodzieży realizowanych w oświacie poprzez promocję zdrowia, edukację zdrowotną oraz kształtowanie umiejętności życiowych, w tym społecznych dotyczących radzenia sobie w sytuacjach trudnych okazało się niezasadne, w tym opracowanie osobnych programów takich jak:

- zapobieganie samobójstwom wśród dzieci i młodzieży,
- poradnictwo i pomoc w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty,
- zapobieganie zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży.

Pełny zakres merytoryczny dotyczący promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym został uwzględniony w prawie oświatowym, w szczególności w podstawie programowej kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. Realizacja tych treści należy do całej społeczności szkolnej: nauczycieli, uczniów, rodziców i innych pracowników szkół, a także organizacji i instytucji, które wspierają działalność edukacyjną, wychowawczą i profilaktyczną w szkołach. Wsparciem dla szkół są kolejne edycje rządowego programu Bezpieczna i przyjazna szkoła, który zapewniają finansowanie dla wielu działań i projektów, jedocześnie zapobiegają podwójnemu finansowaniu tych samych przedsięwzięć. Taka organizacja umożliwia pełną realizację ujętych w Programie zadań

spełniając kryteria celowości i oszczędności wydatkowania środków publicznych.
Ponadto stan realizacji zadań wskazał na utrudnienia ich realizacji z uwagi na wąski jak się okazało do realizacji horyzont czasowy harmonogramu Programu w stosunku do skali zadań. Realizacja założeń i celów Programu, uzależniona była również od przeznaczonych na ten cel odpowiednich zasobów kadrowych i finansowych.
W wyniku wskazanego pozwoliło to na opracowanie w kolejnej edycji Programu harmonogramu zadań w sposób zapewniający możliwość sprawniejszej ich realizacji. Przyjęte rozwiązania mają stanowić podstawę do efektywniejszego wdrażania elementów Programu i skutecznej realizacji jego zadań tak pożądanych we współczesnym społeczeństwie, ukierunkowanych na rzecz ograniczenia zaburzeń psychicznych.

Wnioski, rekomendacje i kontynuacja działań przewidzianych do realizacji w dalszych latach

Z uwagi na fakt, iż pierwsza edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zakończyła się z dniem 31 grudnia 2015 r., Minister Zdrowia podjął prace nad jego kolejną edycją. Konieczność kontynuacji przedmiotowego Programu wynika z obowiązujących przepisów tj.: art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* oraz ze zmian wprowadzonych ustawą z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* zgodnie z którymi w nowej edycji Programu znajdą się zadania polegające przede wszystkim na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. Natomiast zadania polegające na promocji zdrowia psychicznego i profilaktyce zaburzeń psychicznych będą realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ww. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Usytuowanie tych zadań ma na celu przede wszystkim zapewnienie systematycznego finansowania, bowiem wiele działań, kampanii czy badań wynikających z Programu nie mogło być realizowanych, gdyż w momencie jego uchwalania nie udało się uzyskać gwarancji finansowania, a w samym programie rozpisano jedynie zalecane środki finansowe.

Dodatkowo ma na celu usystematyzowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych obecnie, zapewnienie ich ciągłości, adekwatności i kompleksowości. Nie można zapominać, iż za zdrowie psychiczne odpowiada wiele czynników np. dobry stan zdrowia fizycznego, który niewątpliwie jest niezbędny dla utrzymania dobrego stanu zdrowia psychicznego.

Kontynuacja Programu konieczna jest również z uwagi na przewidywany wzrost w RP liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Dlatego też tak istotne jest przeciwdziałanie niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej, polegającej na wysokim obciążeniu populacji skutkami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi wywołanymi przez choroby i zaburzenia psychiczne, wśród których wyróżniamy: zaburzenia afektywne, psychotyczne, niepsychotyczne, zaburzenia związane z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Należy zauważyć, iż projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na dalsze lata został przygotowany w oparciu o efekty prac powołanego z dniem 15 października 2015 r. Zespołu do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, w którego skład wchodzili przedstawiciele środowisk najbardziej istotnych dla ochrony zdrowia psychicznego w RP.

W projekcie kolejnej edycji Programu, za szczególnie istotne uznaje się upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej m.in. poprzez stymulowanie rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego, rozwój kadr uczestniczących w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, a także prowadzenie badań naukowych i monitorowanie stanu zdrowia psychicznego obywateli.

Mając na uwadze fakt, iż zapewnienie obywatelom dostępu do środowiskowych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej może przyczynić się do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji dotkniętej zaburzeniami psychicznymi oraz zwiększyć skuteczność leczenia, w Ministerstwie Zdrowia z dniem 19 kwietnia 2016 r. powołany został Zespół do spraw wdrożenia pilotażu programu psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który wspiera Ministerstwo Zdrowia w przygotowaniu zasad realizacji oraz przy wdrożeniu pilotażu psychiatrycznej opieki środowiskowej, z projektowanymi przepisami rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Wykaz tabel i wykresów.

Tabela 1. Wysokość kosztów realizacji świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w roku 2015 w stosunku do nakładów z 2011 r. (w tys. zł). 4
Tabela 2. Wartość zawartych umów na 2015 r. w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. 5
Tabela 3. Liczba świadczeniodawców z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w 2015 r. z podziałem na zakresy. 7
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 2011-2015. 9
Tabela 5. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – lekarze i psychologowie (niepowtarzające się PESELE) w 2015 r. 10
Tabela 6. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – psychoterapeuci i instruktorzy uzależnień (niepowtarzające się PESELE) w 2015 r. 10
Tabela 7. Liczba uczniów objętych poszczególnymi zajęciami z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej wykazanych w Systemie Informacji Oświatowej według danych na dzień 30 września 2015 r. 31
Tabela 8. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. 32
Tabela 9. Formy pomocy bezpośredniej dla uczniów szkół realizowane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2014/2015. 33
Tabela 10. Rodzaje i liczba opinii wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne wg danych SIO z dnia 30 września 2015 r. 34
Tabela 11. Rodzaje i liczba orzeczeń wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych wg danych SIO z dnia 30 września 2015 r. 34
Tabela 12. Liczba skazanych objętych formą terapii zajęciowej w latach 2011-2015. 60
Tabela 13. Liczba rozpoznań pacjentów oddziałów terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi w latach 2011-2015. 61
Tabela 14. Liczba i współczynnik samobójstw osób pozbawionych wolności przebywających w jednostkach penitencjarnych w latach 2007-2015. 63
Tabela 15. Liczba skazanych uczestniczących w programach oddziaływań skierowanych do osób doświadczających przemocy domowej, w okresie przed osadzeniem w jednostkach penitencjarnych. 65
Tabela 16. Realizacja zadań nałożonych przez Program w województwach w 2015 r. 76
Tabela 17. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia. 79
Tabela 18. Realizacja zadań nałożonych przez Program w powiatach w 2015 r. 83
Tabela 19. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia. 86
Tabela 20. Procent wydatków na rzecz pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w wydatkach ogólnych PCPR-ów. 88
Tabela 21. Liczba placówek objętych projektami w 2015 r. 88
Tabela 22. Liczba przedsiębiorstw objętych projektami w 2015 r. 89
Tabela 23. Liczba osób objętych projektami w 2015 r. 89
Tabela 24. Liczba i odsetek pracodawców objętych oddziaływaniem kampanii szkoleniowo informacyjnej w 2015 r. 90
Tabela 25. Realizacja zadań nałożonych przez Program w gminach w 2015 r. 91
Tabela 26. Liczba osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia. 95
Tabela 27. Liczba placówek objętych projektami w 2015 r. 96
Tabela 28.Liczba przedsiębiorstw objętych projektami w 2015 r. Źródło: Opracowanie własne. 96
Tabela 29. Liczba osób objętych projektami w 2015 r. 97
Tabela 30. Liczba i odsetek pracodawców objętych oddziaływaniem kampanii szkoleniowo informacyjnej w 2015 r. 98

Wykres 1. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach ambulatoryjnych 5
Wykres 2. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach dziennych psychiatrycznych 6
Wykres 3. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych. 6
Wykres 4. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki

psychiatrycznej i leczenia uzależnień - w warunkach leczenia środowiskowego (domowego). 7
Wykres 5. Liczba pacjentów w zakresie udzielonych świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – leczenie szpitalne. 8
Wykres 6. Liczba pacjentów w zakresie udzielonych świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – leczenie ambulatoryjne. 8
Wykres 7. Liczba pacjentów w zakresie udzielonych świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – leczenie rehabilitacyjne. 8
Wykres 8. Liczba skazanych objętych treningami zastępowania agresji i liczba grup treningowych w latach 2010-2015. 64
Wykres 9. Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie leczenia środowiskowego w latach 2011-2015. 73
Wykres 10. Liczba osób objętych leczeniem środowiskowym w latach 2011-2015 r. 73
Wykres 11. Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie leczenia ambulatoryjnego, dziennego w latach 2011-2015 r. 74
Wykres 12. Liczba osób objętych opieką ambulatoryjną, dzienną w latach 2011-2015 r. 74
Wykres 13. Wartość umów w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2011-2015. 75