



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WPP.4821.15.2019.SZ

Druk nr 67

Warszawa, 11 grudnia 2019 r.

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

- Informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w 2017 r. i 2018 r. w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

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

Z poważaniem

Mateusz Morawiecki

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Informacja o zrealizowanych lub
podjętych zadaniach z zakresu
ochrony zdrowia psychicznego
w 2017 r. i 2018 r.
w ramach Narodowego Programu
Ochrony Zdrowia Psychicznego na
lata 2017-2022

opracowana zgodnie z art. 2 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie
zdrowia psychicznego¹

Ministerstwo Zdrowia

¹ Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 oraz z 2019 r. poz. 730 i 1690.

Spis treści

1. Wprowadzenie	3
2. Realizacja zadań wynikających z założeń Programu przez jednostki administracji rządowej.....	4
Ministerstwo Zdrowia.....	4
Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	22
Ministerstwo Edukacji Narodowej.....	38
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.....	47
Ministerstwo Obrony Narodowej.....	50
Ministerstwo Sprawiedliwości.....	54
3. Narodowy Fundusz Zdrowia.....	62
4. Realizacja zadań wynikających z założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w jednostkach samorządu terytorialnego	64
Województwa.....	64
Powiaty i miasta na prawach powiatu.....	68
Gminy.....	74
5. Wnioski	76

1. Wprowadzenie

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego², zwanego dalej „Programem”, jest dokumentem określającym kierunki rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Kluczowe zadania wskazane do realizacji w ramach Programu to przede wszystkim zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej adekwatnej do ich potrzeb oraz prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi w tym kształtowanie wobec nich właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji i życzliwości. W realizację poszczególnych zadań są włączeni ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej, Minister Edukacji Narodowej, Minister Zdrowia, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, oraz województwa, powiaty, miasta na prawach powiatu i gminy. Koordynatorem działań wskazanych w Programie jest Minister Zdrowia.

Należy podkreślić, iż po przyjęciu bieżącej edycji Programu przystąpiono do faktycznego wdrożenia zmian w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Kluczową kwestią, realizowaną w ramach Programu jest upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej m.in. przez tworzenie warunków do rozwoju centrów zdrowia psychicznego.

Niniejsze sprawozdanie zawiera informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach przez podmioty zaangażowane w proces wdrażania strategicznych założeń dla reformy opieki psychiatrycznej w Rzeczypospolitej Polskiej, wskazanych w Programie.

² Dz. U. poz. 458.

2. Realizacja zadań wynikających z założeń Programu przez jednostki administracji rządowej

W niniejszym rozdziale przedstawiono stan realizacji Programu ze wskazaniem zadań, które były realizowane w okresie sprawozdawczym, tj.: w 2017 r. i 2018 r.

Ministerstwo Zdrowia

I. Rozwój opieki środowiskowej

Kluczowym dla Ministra Zdrowia zadaniem wynikającym z Programu jest upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej oparty na udzielaniu pomocy osobom dotkniętym zaburzeniami psychicznymi w środowisku lokalnym jest kierunkiem zmian postulowanym przez WHO, Unię Europejską i OECD, ale również przez wiele organizacji pozarządowych w tym organizacji pacjenckich. Przeniesienie opieki psychiatrycznej do środowiska lokalnego umożliwia przede wszystkim przeciwdziałanie stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz, przy odpowiedniej koordynacji, daje szansę na osiągnięcie lepszych efektów terapeutycznych. Stopniowe przechodzenie z modelu „azylowego”, opierającego się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych na model środowiskowy, jest zgodne z kierunkami reform psychiatrii dokonującymi się w państwach rozwiniętych.

Model środowiskowy jest uznawany współcześnie za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Sprzyja on uzyskiwaniu lepszych wyników w procesie zdrowienia i przywracania uczestnictwa społecznego osób z problemami zdrowia psychicznego.

Opieka środowiskowa oznacza dostępność odpowiednich usług w pobliżu miejsca zamieszkania. Istniejące dowody oraz zgromadzone doświadczenie wskazują na potrzebę rozwiązań, w których opieka szpitalna ma charakter ograniczony, podczas gdy najważniejsza część pomocy jest oferowana na poziomie opieki środowiskowej.

Dyskusja dotycząca konieczności zainicjowania prac nad możliwością skutecznego przetestowania środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej rozpoczęła się w 2015 r. podczas prac zespołu ekspertów przy Ministrze Zdrowia do spraw opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

Podczas opracowywania założeń oraz wskazywania najbardziej istotnych punktów w kolejnej edycji Programu zespół ekspertów podjął decyzję, iż kluczowe dla zainicjowania zmiany w systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest przetestowanie rozwiązań funkcjonujących w modelu środowiskowym w ramach programu pilotażowego. W Programie utrzymano kierunek rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz jako priorytet wskazano odejście od modelu opartego na opiece instytucjonalnej.

W dniu 15 listopada 2017 r. została ogłoszona ustawa z dnia 29 września 2017 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw³, której celem było przede wszystkim stworzenie ram prawnych umożliwiających przeprowadzenie programów pilotażowych, mających za zadanie sprawdzenie planowanych, nowych systemowych rozwiązań w zakresie organizacji, realizacji lub sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Kluczem podczas przygotowywania założeń pilotażu oraz wyłaniania uczestników było zaangażowanie podmiotów, które w sposób merytoryczny i praktyczny gwarantowały prawidłową realizację opracowanych założeń i przetestowanie ich w ramach centrów zdrowia psychicznego.

Jednocześnie, w 2017 r., mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości realizacji założeń programu pilotażowego i wsparcia w nadzorze merytorycznym, Ministerstwo Zdrowia podpisało umowę z Instytutem Psychiatrii i Neurologii na utworzenie w strukturze Instytutu Biura do spraw pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Biuro do spraw pilotażu jest podmiotem realizującym zadania nadzorująco-kontrolne wśród których należy wymienić:

- 1) sprawowanie bieżącego nadzoru nad realizacją pilotażu oraz udzielanie informacji podmiotom biorącym udział w pilotażu;
- 2) organizowanie spotkań informacyjnych z mediami nt. pilotażu;
- 3) prowadzenie wizytacji w miejscach realizacji programu pilotażowego;
- 4) przygotowywanie konferencji szkoleniowo-konsultacyjnych dla podmiotów biorących udział w pilotażu.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, 1394, 1590, 1694, 1726, 1818 i 1905.

Działalność Biura do spraw pilotażu umożliwiła cykliczną realizację kolejnego zadania wynikającego z Programu jakim jest monitorowanie postępów wdrażania przez Fundusz psychiatrycznej środowiskowej opieki zdrowotnej.

Proces kwalifikacji podmiotów zainteresowanych wzięciem udziału w pilotażu rozpoczął się w dniu 14 lipca 2017 r., kiedy to Minister Zdrowia zwrócił się, za pośrednictwem Wojewodów oraz Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, do kierowników podmiotów leczniczych o przekazanie dobrowolnej deklaracji wzięcia udziału w programie pilotażowym wraz z wypełnionymi załącznikami dotyczącymi potencjału oraz doświadczenia danego podmiotu.

Następnie, mając na uwadze nadesłane deklaracje, Instytut Psychiatrii i Neurologii pełniący rolę Biura do spraw pilotażu oraz prowadzący analizy nadesłanych zgłoszeń, w dniu 15 stycznia 2018 r. przekazał ministerstwu raport końcowy, zawierający listę podmiotów rekomendowanych przygotowaną w oparciu o opracowane narzędzie pomocnicze w postaci zestawu uszczegółowionych kryteriów oceny wraz z przypisaną wagą punktową w odniesieniu do poszczególnych kryteriów, które umożliwiło zapewnienia przejrzystej i obiektywnej oceny zgłoszeń przy sporządzaniu proponowanego wykazu rekomendowanych jednostek spełniających kryteria pilotażu.

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia w dniu 8 marca 2018 r. zwróciło się do podmiotów rekomendowanych do wzięcia udziału w pilotażu z prośbą o przekazanie koncepcji organizacyjno-programowej, w której opisano m.in.:

- 1) ogólne założenia i wizję funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem uwarunkowań lokalnych oraz oceny i potrzeb populacji, zasoby kadrowe centrów zdrowia psychicznego – liczba i sposób zatrudnienia personelu medycznego;
- 2) przebieg procesu udzielania świadczeń w centrach zdrowia psychicznego uwzględniający opiekę czynną, długoterminową, krótkoterminową, doraźną i konsultacyjną oraz koordynację udzielania świadczeń oraz opracowywanie i realizację indywidualnych planów terapii;
- 3) warunki współpracy z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w szczególności działającymi na obszarze terytorialnym centrów zdrowia psychicznego, nie będącymi podwykonawcami w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; w tym w szczególności z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z obszaru działania centrów zdrowia psychicznego;
- 4) zasady współpracy z innymi instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym z placówkami pomocy społecznej, placówkami oparcia

społecznego, placówkami aktywizacji społecznej i zawodowej oraz organizacjami pozarządowymi.

Po szczegółowej analizie przekazanych koncepcji organizacyjno-programowych Minister Zdrowia dokonał wyboru podmiotów do realizacji pilotażowego programu centrów zdrowia psychicznego. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego⁴ zwane dalej „rozporządzeniem pilotażowym” zostało opublikowane w dniu 9 maja 2018 r.

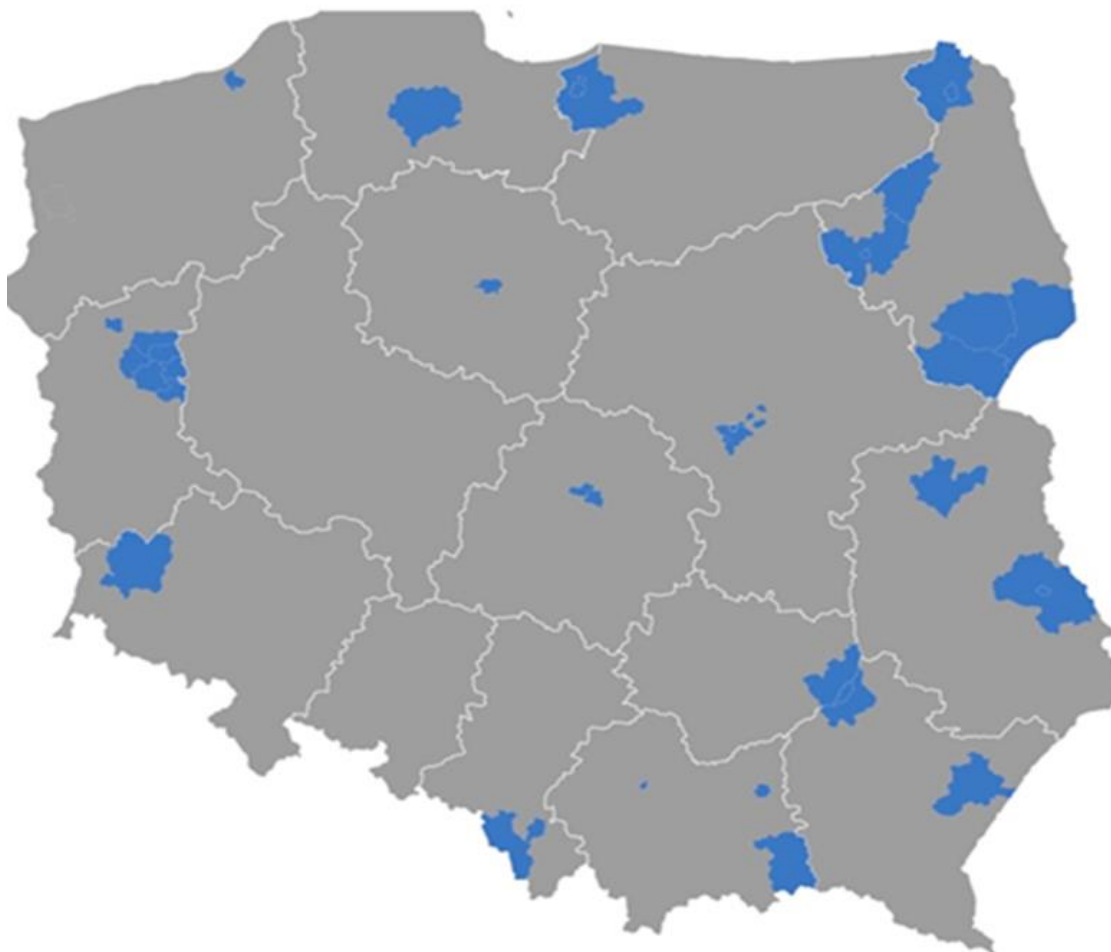
Celem programu pilotażowego zgodnie z rozporządzeniem pilotażowym jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego, o których mowa w art. 5a ustawy z dnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, w aspekcie organizacyjnym, finansowym, jakościowym oraz równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego możliwe jest od dnia 1 lipca 2018 r., a czas trwania wynosi 36 miesięcy. Każdy podmiot zakwalifikowany do programu pilotażowego tworzy jedno centrum zdrowia psychicznego.

Zadaniem realizatora programu pilotażowego, tj.: podmiotu leczniczego odpowiedzialnego za funkcjonowanie centrum zdrowia psychicznego, jest zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej (doraźnej, ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej i całodobowej) dla dorosłej ludności zamieszkałej na obszarze jego działania (od 50 do około 200 tys. mieszkańców).

Łączna liczba populacji objęta opieką przez 27 centrów to około 3 mln osób z terytorium całego kraju.

⁴ Dz. U. poz. 852 i 1786.



Rysunek 1. Obszary objęte pilotażem.

Ponadto w dniu 18 września 2018 r. zostało opublikowane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego⁵.

Potrzeba zmiany rozporządzenia pilotażowego wynikała przede wszystkim z konieczności doprecyzowania przepisów związanych z finansowaniem ryczału na populację oraz kwestii rozliczania umów z realizatorami pilotażu. Konieczność doprecyzowania przepisów dotyczących finansowania wynikała również ze zidentyfikowanych rozbieżności interpretacyjnych zasygnalizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

⁵ Dz. U. poz. 1786



Rysunek 2. Schemat funkcjonowania punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego w kontekście opieki środowiskowej.

Jedną z podstawowych zasad pilotażu jest odpowiedzialność terytorialna oznaczająca obowiązek opieki w zakresie podstawowej opieki psychiatrycznej nad lokalną społecznością (osoby dorosłe), zamieszkującą obszar działania centrum zdrowia psychicznego. Obszar działania obejmuje jedną lub więcej jednostek podziału administracyjnego kraju i dla każdego centrum zdrowia psychicznego został on określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia pilotażowego. Podmiot prowadzący centrum zdrowia psychicznego na realizację tego zadania otrzymuje tzw. ryczałt na populację (budżet globalny) będący iloczynem stawki na mieszkańca i liczby dorosłych mieszkańców obszaru działania. Podmiot prowadzący centrum zdrowia psychicznego może zawrzeć umowy na podwykonawstwo z innymi placówkami psychiatrycznymi działającymi na obszarze jego działania. W skład centrum zdrowia psychicznego wchodzi (co najmniej): poradnia zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego (domowego), oddział dzienny psychiatryczny i oddział psychiatryczny (całodobowy). Centrum zdrowia psychicznego udziela pomocy czynnej, długoterminowej, krótkoterminowej, doraźnej oraz konsultacyjnej. Centrum zdrowia psychicznego zapewnia zarówno kompleksowość, jak i koordynację udzielanych świadczeń. W szczególności osoby korzystające z pomocy czynnej i długoterminowej mają opracowywane indywidualne plany terapii i wyznaczonego koordynatora opieki (tzw. *case manager*). Istotną nowością jest możliwość zatrudnienia w centrum zdrowia psychicznego tzw. asystentów zdrowienia (ekspertów przez doświadczenie) udzielających wsparcia psychicznego osobom korzystającym z pomocy centrum zdrowia psychicznego. W każdym centrum zdrowia psychicznego w ramach poradni zdrowia psychicznego funkcjonuje Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny, zwany dalej „PZK”, czynny co najmniej w dni robocze w godzinach 8:00-18:00, do którego zadań należy:

- 1) udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej;

- 2) przeprowadzanie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie zdefiniowanych potrzeb;
- 3) uzgadnianie terminu przyjęcia i wskazywanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego, w przypadkach pilnych nie później niż 72 godziny od zgłoszenia;
- 4) w przypadkach tego wymagających wskazywanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej;
- 5) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zadania PZK wpisane do rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz możliwość zatrudniania w centrach zdrowia psychicznego pracowników socjalnych stanowią odpowiedź na wskazane w Programie zadanie dotyczące przygotowania instytucjonalnych ram i zasad współdziałania centrów zdrowia psychicznego z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne oraz aktywizację społeczno-zawodową w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego.

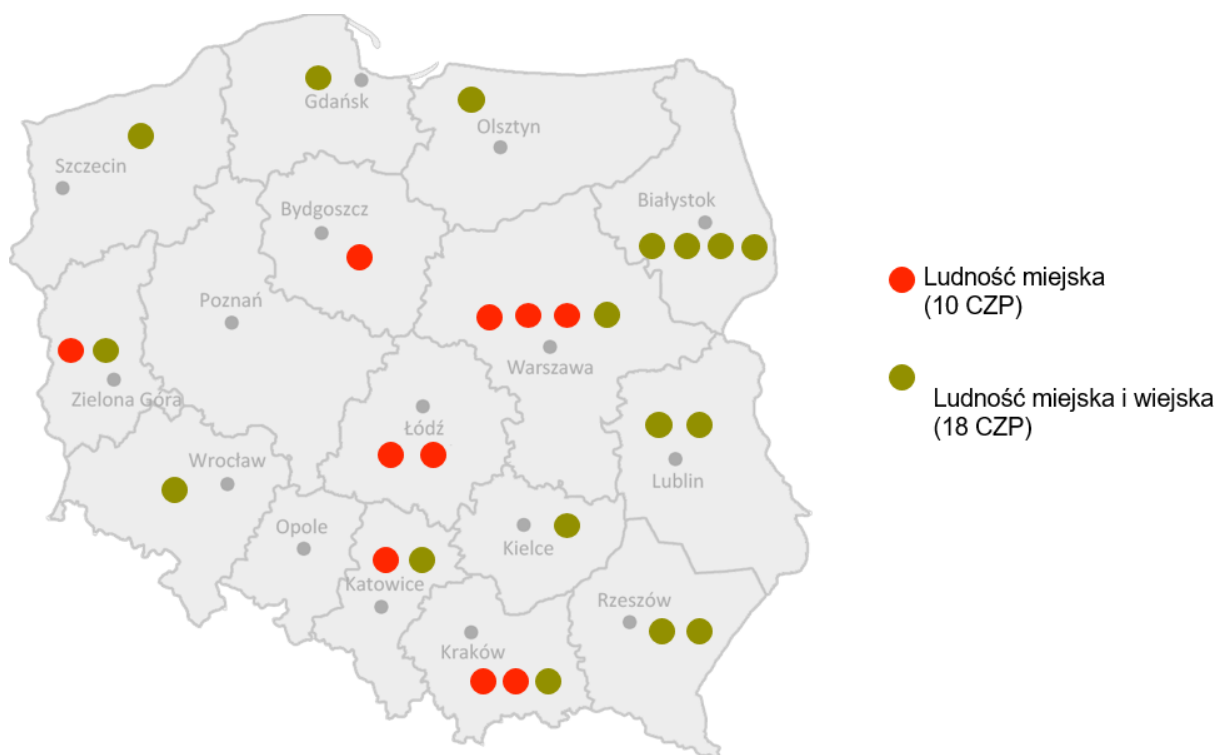
Osoby korzystające z usług PZK są obsługiwane w momencie zgłoszenia (nie ma konieczności wcześniejszego umawiania się). W PZK zatrudniony jest personel medyczny. Podmiot prowadzący centrum zdrowia psychicznego pokrywa z otrzymanego ryczału na populację koszty leczenia psychiatrycznego osób dorosłych zamieszkałych na obszarze działania, jeśli skorzystały one z pomocy innych placówek psychiatrycznych, z wyjątkiem sytuacji określonych w rozporządzeniu pilotażowym (m.in. w przypadku świadczeń specjalistycznych). Za świadczenia zdrowotne udzielane przez centrum zdrowia psychicznego osobom spoza jego obszaru działania podmiot prowadzący centrum zdrowia psychicznego otrzymuje od Funduszu zapłatę na zasadach dotychczasowych (w ramach limitów określonych w umowie). Środki otrzymane przez podmiot prowadzący centrum zdrowia psychicznego mogą być przeznaczone wyłącznie na pokrycie bieżących kosztów funkcjonowania centrum zdrowia psychicznego związanych z udzielaniem świadczeń opieki psychiatrycznej na rzecz populacji objętej pilotażem oraz zapewnianiem gotowości ich udzielania na rzecz tej populacji oraz na budowę, rozbudowę, utrzymanie i modernizację infrastruktury centrum zdrowia psychicznego.

W rozporządzeniu pilotażowym zostały określone wskaźniki realizacji pilotażu, a wśród nich m.in.:

- 1) liczba osób leczonych (suma pobyków) oraz liczba osobodni dla oddziału psychiatrycznego w okresie roku;

- 2) liczba osób objętych w okresie roku świadczeniami opieki zdrowotnej o charakterze czynnym;
- 3) liczba świadczeń domowych lub środowiskowych (wizyt, porad, sesji lub interwencji);
- 4) przeciętna liczba dni od zgłoszenia się świadczeniobiorcy do PZK do kontaktu z lekarzem zapoczątkowującym proces diagnostyczny oraz plan terapii, liczba hospitalizacji bez zgody;
- 5) liczba i czas trwania zastosowań przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia i izolacji;
- 6) liczba skierowań do objęcia leczeniem w ramach świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych oraz pielęgnacyjno- opiekuńczych psychiatrycznych;
- 7) ocena jakości i dostępności świadczeń oraz satysfakcji pacjentów.

Przekazanie danych do Ministerstwa Zdrowia przez Fundusz w oparciu o wskazane w rozporządzeniu wskaźniki nastąpi po pierwszym pełnym roku kalendarzowym realizacji pilotażu, tj. na początku 2020 r.



Rysunek 3. Realizatorzy pilotażu w układzie wojewódzkim

Pierwsze miesiące realizacji pilotażu były kluczowe z uwagi na oczekiwania środowiska ekspertów jak również pacjentów i ich rodzin w odniesieniu do długo oczekiwanej reformy leczenia psychiatrycznego w Rzeczypospolitej Polskiej. Program stanowi pierwszy krok na drodze przygotowywanej od wielu lat zmiany, która ma wyeliminować podstawy strukturalnej nierówności w dostępie do nowoczesnej, środowiskowej opieki psychiatrycznej

w Rzeczypospolitej Polskiej. Dla środowisk proreformatorskich jest to znak nadziei na zdecydowaną poprawę dostępności, koordynacji, kompleksowości i godziwości pomocy w kryzysach zdrowia psychicznego, na znaczące ograniczenie, aż do eliminacji, warunków sprzyjających nietolerancji, uprzedzeniom i wykluczeniu jako charakterystyce funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego. Obserwacje poczynione w czasie kolejnych konferencji organizowanych przez Biuro ds. pilotażu dla uczestników programu, w czasie wizytacji w wybranych centrach zdrowia psychicznego oraz innych licznych kontaktów z jego realizatorami i obserwatorami pozwalają na wyliczenie kilku spostrzeżeń podsumowujących doświadczenia pierwszych miesięcy jego realizacji. Po stronie realizatorów programu następuje stopniowa klaryfikacja oczekiwań i zasad związanych z jego wprowadzaniem, a także szczegółów związanych z warunkami finansowymi i organizacyjnymi funkcjonowania centrum zdrowia psychicznego. Dotyczy to nie tylko bezpośrednich realizatorów programu (pracowników centrum zdrowia psychicznego), ale także ich bezpośredniego otoczenia instytucjonalnego (podmiotów organizujących centrum zdrowia psychicznego). Podstawowa, paradygmatyczna zmiana w zakresie sposobu finansowania (budżet globalny) i odpowiedzialności (potrzeby lokalnej społeczności) centrów szybko zyskuje uznanie, jako umożliwiająca dostosowanie wypracowanych rozwiązań w organizacji centrum do lokalnych uwarunkowań zdrowia psychicznego, jak i racjonalne wykorzystanie do tego celu udostępnionych przez płatnika budżetów. Brak konieczności wypełniania pacjentami łóżek kontraktowanych przez płatnika na podstawie historycznych wyliczeń umożliwia m.in. racjonalizację zapotrzebowania na opiekę szpitalną. Także w odniesieniu do opieki pozaszpitalnej decentralizacja oceny potrzeb populacji i wyboru sposobu ich zaspokajania ujawnia możliwość racjonalnego dostosowania zasobów do potrzeb. Na szczególne podkreślenie zasługuje rola dwóch innowacji wprowadzonych do praktyki funkcjonowania centrum zdrowia psychicznego w programie pilotażowym. Po pierwsze punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne (PZK) w wielu centrach zdrowia psychicznego, szczególnie w dużych ośrodkach miejskich, wydają się ułatwiać dostępność pomocy i przyspieszać czas jej realnego uruchomienia, a tym samym zmniejszać dominujące odczucie bezradności towarzyszące osobom wchodzącym w kryzys zdrowia psychicznego. Wiele obserwacji wskazuje, że PZK są doceniane przez szukających pomocy. Ich rola, zadania i standard działania wymagają szybkiego rozwoju. Po drugie odnotować trzeba wyraźne zainteresowanie podejmowaniem zatrudnienia przez osoby przygotowane do roli asystentów zdrowienia – wydaje się, że obok roli PZK, jest ono widocznym sygnałem, że program pilotażowy zyskuje zainteresowanie i uznanie pacjentów i innych osób szukających pomocy w placówkach psychiatrycznych. Wdrażanie programu pilotażowego może mieć pozytywny wpływ na odwrócenie trendu charakteryzującego się brakiem zainteresowania kształceniem w zawodach funkcjonujących w lecznictwie psychiatrycznym. Interesującym spostrzeżeniem jest zainteresowanie ze strony

lokalnej administracji samorządowej. Lokalność środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej stwarza tu obszerne pole do współdziałania.

II. Zadania wspierające rozwój modelu środowiskowego

Kolejnym kluczowym zadaniem wynikającym z programu i zainicjowanym podczas pierwszych dwóch lat jego realizacji jest przygotowanie – we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach zdrowia psychicznego oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego – standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach centrum zdrowia psychicznego. Niezwykle istotne przy opracowaniu przedmiotowych standardów lub rekomendacji są pierwsze doświadczenia z wdrażania programu pilotażowego. Dzięki analizie rozwiązań wdrażanych przez poszczególne podmioty w oparciu o przepisy rozporządzenia oraz przygotowane w ramach procesu kwalifikacji koncepcje organizacyjno-programowe możliwe będzie wystandaryzowanie najlepszych praktyk i upowszechnienie ich w postaci powszechnie obowiązującego dokumentu. Przedmiotowe zadanie wydaje się kluczowe w kontekście ewaluacji Programu pilotażowego oraz planowaniu zmian systemowych umożliwiających wdrożenie modelu środowiskowego na terenie całego kraju.

Ponadto należy zaznaczyć, że w 2017 r. Ministerstwo Zdrowia zainicjowało we współpracy z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym oraz z Konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii realizację kolejnych postulatów wynikających z Programu mających istotne znaczenie w kontekście wdrażania zmian systemowych umożliwiających rozwój środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Ustalenie kompetencji niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz rozważenie w porozumieniu z właściwymi władzami uczelni możliwości dostosowania programów kształcenia uwzględniających potrzeby środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej jest zadaniem ważnym i wymagającym współpracy Ministerstwa Zdrowia ze środowiskiem ekspertów.

Naturalnym następstwem ww. zadania, którego realizacja nastąpi w ramach bieżącej edycji, jest wdrożenie na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym szkolenia kadr o kompetencjach niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Analizując zasady wdrażanego przy pomocy pilotażu środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, należy podkreślić istotną rolę jaką w przedmiotowym modelu powinna stanowić współpraca ze strukturami podstawowej opieki zdrowotnej. Głównym zadaniem pracowników podstawowej opieki zdrowotnej jest kompleksowa opieka nad populacją, tj.: profilaktyka, leczenie, orzekanie o stanie zdrowia oraz rehabilitacja. Mając na uwadze powyższe, Ministerstwo Zdrowia w 2017 r., wraz z Konsultantem krajowym w dziedzinie

psychiatrii, rozpoczęło realizację zadania, którego celem jest określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Naturalnym następstwem po zakończeniu ww. zadania będzie poinformowanie władz właściwych uczelni o konieczności wprowadzenia do programów kształcenia przeddyplomowego lekarzy i pielęgniarek oraz do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy pediatrów, zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W ramach realizacji przedmiotowego zadania Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii zarekomendował wprowadzenie zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ obligujących lekarza POZ oraz pielęgniarkę POZ do współpracy z centrum zdrowia psychicznego funkcjonującym w danym regionie.

Jednym z kluczowych zastrzeżeń podnoszonych podczas realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 był wskazywany brak koordynacji działań realizowanych w ramach programu. Mając na uwadze powyższe, podczas prac nad kolejną edycją Programu Ministerstwo Zdrowia wprowadziło zadanie polegające na opracowaniu założeń dla utworzenia lub desygnowania organu koordynującego realizację Programu na szczeblu centralnym. Realizacja przedmiotowego zadania została rozpoczęta w 2018 r., kiedy to Ministerstwo Zdrowia zwróciło się z prośbą o wsparcie merytoryczne w przedmiotowej sprawie do Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Planuje się, aby przedmiotowa kwestia stała się jednym z kluczowych zagadnień poruszanych w 2019 r. podczas posiedzeń Rady do spraw Zdrowia Psychicznego, która jest organem opiniodawczo-doradczym dla Ministra Zdrowia w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Rada, zrzeszając w swoim składzie ekspertów z zakresu opieki psychiatrycznej, przedstawicieli resortów zaangażowanych we wdrażanie Programu, Konsultantów krajowych oraz przedstawicieli organizacji pacjenckich, posiada kompetencje, aby wesprzeć Ministerstwo Zdrowia w przygotowaniu ww. założeń w obecnej edycji programu.

III. Przeciwdziałanie stygmatyzacji oraz zapobieganie depresji i samobójstwom

Niezwykle istotnym zadaniem wskazanym do realizacji przez Ministra Zdrowia w Programie jest walka ze stygmatyzacją osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. W ramach przedmiotowego zadania Ministerstwo Zdrowia podjęło szereg inicjatyw mających na celu ograniczenie występowania ww. zjawiska w kontekście osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi.

Jednym z ważnych zadań w kontekście ograniczenia zjawiska stygmatyzacji było powołanie zespołu roboczego do spraw prewencji samobójstw i depresji przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego.

W skład Zespołu wchodzi specjaliści z różnych dziedzin: psychiatrzy, psychologowie, socjologowie, pedagodzy oraz przedstawiciele: Ministerstwa Edukacji Narodowej, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, Głównego Urzędu Statystycznego, towarzystw naukowych, policji, straży pożarnej, którzy na co dzień pomagają osobom w sytuacjach kryzysowych.

W ramach Zespołu powołano trzy grupy robocze:

- 1) ds. mediów;
- 2) ds. rejestracji zachowań samobójczych w Polsce;
- 3) ds. ujednoczenia systemu pomocy telefonicznej oraz uruchomienia ogólnopolskiego portalu pomocy online.

Wśród istotnego przedsięwzięcia zrealizowanego dotychczas przez Zespół również na rzecz przeciwdziałania stygmatyzacji było przygotowanie dwóch poradników pn. *Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu samobójstwom*, z czego jeden jest przeznaczony dla pracowników mediów, a drugi dla osób wypowiadających się publicznie (przede wszystkim rzeczników prasowych).

Poradnik przeznaczony dla mediów jest wskazówką, jak odpowiedzialnie przekazywać informacje o zdarzeniach suicydalnych (celem ograniczenia dostępności w mediach materiałów sprzyjających stygmatyzacji i imitacji zachowań autodestruktywnych). Zamieszczone są tam także wskazówki dla redaktorów, dziennikarzy, pisarzy, pracujących w mediach oraz przykłady, które pomogą umiejętnie podanym słowem i obrazem ratować życie osobom w kryzysie psychicznym, wzmacniać ich odporność i zachęcać do szukania pomocy. Istotnym czynnikiem jest np. podanie informacji, gdzie można znaleźć pomoc w kryzysie psychicznym.

Natomiast poradnik dla osób wypowiadających się w mediach może pomóc w przygotowaniu się do wywiadu i udzieleniu pracownikom mediów informacji dotyczących zachowań samobójczych, tj. myśli, gróźb, prób samobójczych i samobójstw, w taki sposób, aby zwiększyć nacisk na czynniki potencjalnie zmniejszające ryzyko popełnienia samobójstw.

Ponadto realizowany jest Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020. W ramach Programu zostały wyróżnione trzy grupy o podwyższonym ryzyku zachorowania na depresję, tj.: dzieci i młodzież, kobiety w okresie okołoporodowym, osoby starsze oraz zdefiniowane zostały trzy podstawowe zadania do realizacji:

1. Opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce.

Niniejsze rekomendacje postępowania w zakresie szeroko rozumianej profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce zostały opracowane przez ekspertów z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i mają na celu wzmocnienie efektywności oraz skuteczności oferowanej obecnie opieki zdrowotnej nad osobami doświadczającymi zaburzeń depresyjnych, szczególnie wśród grup ryzyka. Rekomendacje są dedykowane specjalistom medycznym, ale także osobom związanym z problematyką depresji (osoby z otoczenia pacjentów, rodziny, opiekunowie, pedagodzy i psychologowie szkolni). Rekomendacje są ogólnodostępne na stronie Programu w zakładce „Materiały kampanii”: https://wyleczdepresje.pl/materialy_kampanii.

2. Edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu.
3. Profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej.

W ramach programu w 2018 r. realizowano działania związane z organizacją i emisją za pomocą środków masowego przekazu kampanii edukacyjno-informacyjnej pn. *Depresja. Rozumiesz-Pomagasz*, mającej na celu przekazanie rzetelnej wiedzy na temat depresji i profilaktyki zachorowania na depresję. Zrealizowano m.in.: stronę internetową zawierającą treści edukacyjno-informacyjne skierowane zarówno do ogółu społeczeństwa jak i wybranych grup o podwyższonym ryzyku zachorowania, broszury i ulotki nt. depresji skierowane do ogółu społeczeństwa jak i specjalistów medycznych, pakiet edukacyjny dla szkół ponadpodstawowych, w skład którego wchodzi poradnik metodyczny dla nauczyciela, scenariusz lekcji, karty pracy i karty edukacyjne do gry, dzięki któremu jest możliwe kompleksowe przygotowanie i poprowadzenie lekcji edukacyjnej dot. depresji, spoty telewizyjne, radiowe i internetowe dot. depresji, filmy – testimoniale przedstawiające autentyczne historie walki z depresją, działania z zakresu public-relations, w tym: edukację i informowanie przez profile na portalach społecznościowych Facebook, Twitter, Instagram, Youtube, tematyczne artykuły i publikacje w mediach, emisję tematycznego odcinka telewizji śniadaniowej, przygotowanie tematycznych scen dotyczących depresji w serialach telewizyjnych.

Broszury i ulotki nt. depresji są dostępne do pobrania i dalszej dystrybucji wśród np. pacjentów i ich rodzin na przedmiotowej stronie kampanii. W ramach Programu broszury i ulotki zostały również wydrukowane w nakładzie prawie 90 tys. sztuk i rozdyskrybowane m.in. do lekarzy POZ/rodzinnych, pielęgniarek, oddziałów i poradni ginekologiczno-położniczych, psychologów klinicznych, lekarzy geriatrów.

Równocześnie prowadzono działania mające na celu zwiększenie dostępności osób niepełnosprawnych do materiałów kampanii przez przygotowane broszury dotyczące depresji w języku Braille'a, które rozdystrybuowano do regionalnych oddziałów Polskiego Związku Niewidomych i innych instytucji zrzeszających osoby niewidome oraz przygotowano transkrypcję 3 filmów dot. depresji celem udostępnienia ich osobom niesłyszącym i słabosłyszącym głuchoniemym.

Istotnym zadaniem w ramach przeciwdziałania stygmatyzacji zleconym do realizacji przez Ministerstwo Zdrowia, realizowanym w 2017 r. i 2018 r., było szkolenie personelu medycznego i niemedycznego z kontaktu z pacjentem dotkniętym zaburzeniami psychicznymi i jego rodziną.

Ogromne znaczenie mają relacje z najbliższym otoczeniem osoby cierpiącej na zaburzenia psychiczne, tj. m.in. z rodziną i przyjaciółmi, ale także pracownikami podmiotów leczniczych, w tym przede wszystkim z lekarzami, pielęgniarkami, ale również pracownikami niemedycznymi takimi jak choćby osoby pracujące w rejestracji danego podmiotu. Niezwykle istotna jest świadomość indywidualnych potrzeb pacjentów wynikających m.in. z trudności w komunikacji interpersonalnej z uczestnikami życia społecznego oraz świadczeniodawcami. Osoby cierpiące na zaburzenia lub choroby psychiczne bardzo często z powodu swoich doświadczeń życiowych mają poczucie stygmatyzacji, co znacznie utrudnia im kontakt z innymi osobami. Wizyty w poradniach zdrowia psychicznego czy oddziałach dziennych bardzo często należą do codzienności takich osób, dlatego tak ważne jest posiadanie przez personel medyczny i niemedyczny odpowiednich umiejętności interpersonalnych odnoszących się do specyficznych potrzeb osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Należy również pamiętać, iż choroba psychiczna bardzo często oddziałuje nie tylko na osobę chorą, ale również jest niezwykle trudnym i angażującym doświadczeniem dla rodziny pacjenta. Wielokrotnie to właśnie członkowie rodzin szukają pomocy dla swoich najbliższych borykających się z problemami zdrowia psychicznego. Jest to grupa, która również charakteryzuje się specyficznymi potrzebami w zakresie komunikacji, zatem odpowiednie podejście lekarzy czy pracowników podmiotów może mieć kluczowe znaczenie dla przyszłego procesu terapeutycznego danego pacjenta.

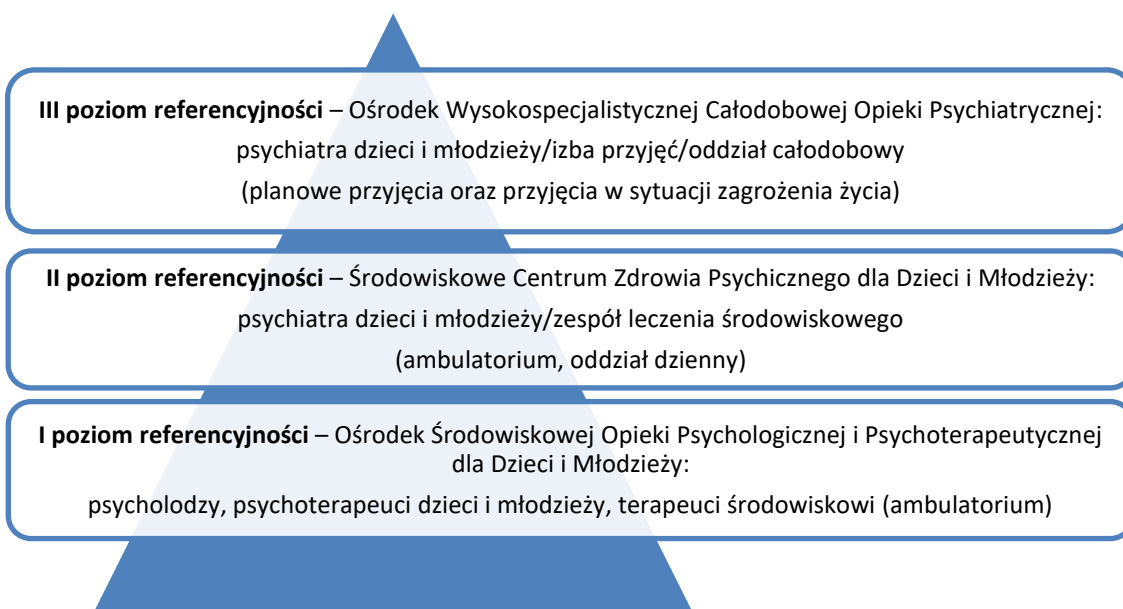
Łącznie szkoleniami dotyczącymi kontaktu z osobą doświadczającą kryzysu psychicznego i jego rodziną objęto 3 031 osób. Mając na uwadze bardzo duże zainteresowanie szkoleniami prowadzonymi przez wyłonione w drodze konkursu podmioty, tj.: Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego oraz Fundację Żyjmy Zdrowo, grupy docelowe były rozszerzane również o pracowników pomocy społecznej, sądów czy funkcjonariuszy policji. W ramach przedmiotowego zadania zwiększono umiejętności komunikacyjne przeszkolonych osób oraz

zmniejszono istniejące bariery w komunikowaniu się z pacjentem cierpiącym na zaburzenia psychiczne.

IV. Psychiatria Dzieci i Młodzieży i nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 20 lutego 2018 r. powołał Zespół do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży⁶, w skład którego wchodzi najlepszych ekspertów i praktyków zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. Zadaniem zespołu było przygotowanie koncepcji nowego modelu opieki psychiatrycznej – opierającego się o poziomy referencyjne.

Poziomy referencyjne:



Rysunek 4. Poziomy referencyjne w nowym modelu

Podstawą planowanego modelu będą Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, zatrudniające psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych. Specjaliści pracujący na tym poziomie będą udzielać pomocy dziecku oraz rodzinie, współpracować ze środowiskiem szkolnym, a w razie potrzeby kierować pacjentów do lekarzy psychiatrów. Korzystanie z pomocy ośrodków nie będzie wymagało skierowania od lekarza psychiatry. Rozwiązanie takie stanowić będzie przeciwieństwo obecnych rozwiązań, w których często przyjęcie na oddział psychiatryczny (np. po podjętej

⁶ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 6

próbie samobójczej) jest pierwszym kontaktem nieletniego z jakąkolwiek formą opieki. Oczywiście osoby w stanach zaostrzenia choroby, a szczególnie w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia nadal będą mogły korzystać ze świadczeń na oddziałach całodobowych.

Zgodnie z założeniami reformy, dzięki zwiększeniu dostępności pomocy w opiece ambulatoryjnej i środowiskowej, osoby nie wymagające hospitalizacji będą mogły otrzymać pomoc w mniejszych placówkach (zmniejszając tym samym obciążenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i Izb Przyjęć). Ponadto dzięki stworzeniu sieci ośrodków udzielających pomocy osobom chorym psychicznie możliwe będzie skrócenie czasu pobytu w szpitalu i zapobieganie rehospitalizacji.

Planuje się, aby nowy model opierał się na koordynacji działań pomiędzy podmiotami udzielającymi psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży, zarówno w ramach poziomów referencyjnych jak i we współpracy z podmiotami systemu oświaty i pomocy społecznej. Zgodnie z planami Ministerstwa Zdrowia w każdym województwie został wskazany ośrodek koordynujący, którego zadaniem będzie ocena systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży funkcjonującego w regionie.

Nowy model ochrony zdrowia psychicznego został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁷, które określa warunki szczegółowe, jakie są obowiązani spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych.

V. Finansowanie

Należy podkreślić, iż Ministerstwo Zdrowia wraz Funduszem systematycznie zwiększa nakłady na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień.

W poniższej tabeli przedstawiono wzrost nakładów na świadczenia tego rodzaju w ciągu lat objętych sprawozdaniem i dwóch poprzedzających ten okres.

Rok	2015	2016	2017	2018	Wzrost % w latach 2015 - 2018
Wartość zrealizowanych świadczeń w rodzaju PSY [tys. zł]	2 397 999,27	2 468 921,99	2 662 276,55	2 843 789,57	18.59%

Tabela 1. Wysokość poniesionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w latach 2015-2018 wyniosła (na podstawie sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ za poszczególne lata).

⁷ Dz. U. poz. 1640

Należy także wskazać, że wzrost nakładów dotyczy także psychiatrii dzieci i młodzieży. Poniżej w tabeli są przedstawione wydatki na świadczenia z rodzaju opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży w latach 2015-2018.

Rok	Wysokość kontraktów łącznie
2015	166 752 874,39 zł
2016	168 314 928,12 zł
2017	190 986 891,88 zł
2018	215 917 136,71 zł

Tabela 2 Wysokość kontraktów w latach 2015-2019. Dane na podstawie informacji Narodowego Funduszu Zdrowia.

VI. Kadry

Z uwagi na specyfikę udzielania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień kadry specjalistów zajmujących się udzielaniem tego rodzaju świadczeń stanowią najistotniejszy zasób warunkujący dostępność i jakość udzielanych świadczeń. Z tego powodu istotna jest ocena liczby zarówno lekarzy psychiatrów, jak i innych specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego. W poniższej tabeli zestawiono informacje dotyczące liczby przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych:

OW NFZ	Rok	Liczba lekarzy psychiatrów			Liczba psychologów		Liczba pielęgniarek psychiatrycznych
		W trakcie specjalizacji	Ze specjalizacją I stopnia	Specjalistów	Bez specjalizacji	Klinicznych	
Dolnośląski	2017	61	29	218	324	83	71
	2018	79	28	220	321	87	107
Kujawsko-Pomorski	2017	40	11	144	188	39	64
	2018	61	11	154	214	39	64
Lubelski	2017	67	30	160	302	76	67
	2018	71	31	173	374	105	79
Lubuski	2017	9	17	81	110	15	26
	2018	6	13	74	102	13	39
Łódzki	2017	118	23	253	296	140	62
	2018	122	23	269	376	168	86
Małopolski	2017	93	28	312	401	168	77
	2018	112	31	347	528	208	111
Mazowiecki	2017	236	55	596	884	159	106
	2018	250	50	589	904	154	130
Opolski	2017	29	17	77	105	44	30
	2018	32	17	82	116	48	53
Podkarpacki	2017	32	21	123	190	48	38
	2018	40	16	127	189	47	53
Podlaski	2017	28	14	139	151	33	73
	2018	31	12	128	136	25	59
Pomorski	2017	79	24	201	293	57	40
	2018	79	22	215	279	64	78

Śląski	2017	107	31	397	606	120	88
	2018	131	31	396	633	127	79
Świętokrzyski	2017	29	8	95	114	8	45
	2018	29	8	95	139	9	45
Warmińsko-Mazurski	2017	23	22	90	131	38	57
	2018	23	21	93	142	39	70
Wielkopolski	2017	74	22	261	370	115	56
	2018	79	25	277	421	133	157
Zachodniopomorski	2017	47	17	120	157	56	33
	2018	52	17	131	188	76	39

Tabela 3 Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – psychoterapeuci i instruktorzy uzależnień (niepowtarzające się PESELE) w latach 2017-2018. Dane na podstawie informacji NFZ.

Mając na uwadze niniejsze sprawozdanie, należy podkreślić, iż w dwóch pierwszych latach obecnej edycji Programu, Ministerstwo Zdrowia zrealizowało lub rozpoczęło realizację wszystkich zadań w nim wskazanych.

Rozwój kadr specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Niezbędnym elementem funkcjonowania nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest rozwój kadr specjalistów – poza lekarzami psychiatrami zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego najmłodszych. W związku z tym zdecydowano się na wprowadzenie regulacji dotyczących nowych zawodów:

- 1) specjalizacja psychoterapia dzieci i młodzieży została wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. poz. 226);
- 2) kwalifikacja rynkowa „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” została włączona do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r. (M. P. poz. 1279);
- 3) opracowany został nowy program specjalizacji z psychologii klinicznej w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży (kwiecień 2018).

W ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój zostało opublikowane ogłoszenie o konkursie na projekty (PO WER 5.4), które przewidują szkolenia kadr systemu opieki zdrowotnej, oświaty i pomocy społecznej w celu uzyskania kwalifikacji m.in. w zakresie ww. nowych zawodów. Projekt zostanie sfinansowany ze środków unijnych pozostających w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia (alokacja 30 mln zł). Nabór wniosków zakończył się dnia 31 lipca 2019 r., obecnie trwa procedura wyłaniania wniosków do dofinansowania. Przewiduje się, że w ramach realizowanych projektów wsparcie zostanie skierowane do 1000 osób.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wynikające z Programu, realizowane w 2017 r. i 2018 r.:

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb

Cel szczegółowy b): upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
Zadania:

1) wspieranie 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, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej;

2) monitorowanie sposobu wdrażania przez jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty pomocy społecznej programów poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem kierunków polityki rodzinnej i senioralnej;

3) określenie standardów finansowania usług z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Realizowane działania:

Rozwój sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Na rozwój sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi corocznie są planowane środki w rezerwie celowej budżetu państwa na pomoc społeczną (ok. 32 mln zł), a od 2017 r. także środki z programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” – działanie 3.2., którego celem jest ułatwienie dostępu do środowiskowych domów samopomocy większej grupie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności osobom z niepełnosprawnościami sprzężonymi i spektrum autyzmu. Na ten cel w 2017 r. zaplanowano dodatkowe środki w wysokości 20 mln zł, a w 2018 r. ponad 41 mln zł.

W 2017 r. zostały uruchomione ogółem 432 miejsca w 17 nowych środowiskowych domach samopomocy i 1 filii środowiskowego domu samopomocy oraz 271 nowych miejsc w domach już istniejących. Dodatkowo, w styczniu 2018 r. otwarto 2 nowe środowiskowe domy samopomocy na ogólną liczbę 60 miejsc.

Natomiast w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” uruchomiono 71 miejsc ogółem, w tym 20 miejsc w 1 nowym środowiskowym domu samopomocy, 40 miejsc w 4 nowych filiach środowiskowych domów samopomocy, a także 11 miejsc w domach już istniejących.

W 2018 r. z rezerwy celowej budżetu państwa na pomoc społeczną utworzono 118 nowych miejsc, z czego 72 miejsca w 3 nowych środowiskowych domach samopomocy.

Ponadto ze środków Programu „Za życiem” planowano uruchomienie ogółem 382 nowych miejsc dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi, z czego: 162 miejsca w nowych 8 środowiskowych domach samopomocy oraz 80 miejsc w 4 nowych filiach domów już istniejących.

Ponadto corocznie wzrasta liczba klubów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W 2017 r. ze środków rezerwy celowej budżetu państwa utworzono 2 kluby samopomocy na łączną liczbę miejsc 40, a w 2018 r. 100 miejsc w klubach samopomocy, w tym 30 miejsc w 2 nowych klubach samopomocy.

Uruchomienie dodatkowych środków na podwyższenie dotacji (do 30%) na jednego uczestnika środowiskowego domu samopomocy ze spektrum autyzmu lub z niepełnosprawnością sprzężoną, na podstawie art. 51c ust. 5 ustawy o pomocy społecznej

W okresie od 1 lipca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. wysokość dodatkowej dotacji na tych uczestników wynosiła 30% podstawy (1 268 zł) czyli 380,40 zł, zaś w 2018 r. podwyższona dotacja wynosiła 26,05% podstawy (1 458,20 zł) czyli 380 zł. W 2017 r. na ten cel przekazano środki w wysokości 9 007 285 zł, a w 2018 r. kwotę 25 385 010 zł.

Zwiększone do 30% środki na tych uczestników umożliwiły specjalistyczne szkolenia, podwyższanie kwalifikacji zatrudnionych pracowników, a także zakup niezbędnego specjalistycznego wyposażenia i pomocy dydaktycznych, co przyczyniło się do podniesienia jakości i zakresu usług.

Nowelizacja przepisów rozporządzenia Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. z 2010 r., poz. 1586 z późn. zm.)

Wprowadzono zmiany służące poprawie funkcjonowania tej grupy osób w tego typu ośrodkach. Zmiany te dotyczą przede wszystkim standardu świadczonych usług, wyposażenia obiektu oraz wskaźnika zatrudnienia:

- 1) wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu wspierająco-aktywizującego wynosi nie mniej niż jeden pracownik na 3 uczestników, co oznacza, że kierownik domu może zatrudnić więcej pracowników, nawet w systemie 1:1;
- 2) jednostka jest wyposażona w pokój wyciszeń;
- 3) dla tej grupy osób wprowadza się trening umiejętności komunikacyjnych, w tym z wykorzystaniem alternatywnych i wspomagających sposobów porozumiewania się osób niemówiących (AAC).

Rozwój mieszkań chronionych

W zakresie rozwoju sieci mieszkań chronionych przyjęte zostały zmiany do ustawy o pomocy społecznej, wprowadzające podział mieszkań chronionych na mieszkania chronione treningowe oraz wspierane. Dodatkowo wydane zostało rozporządzenie Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz. U. poz. 822), określające minimalne standardy usług oraz minimalne standardy pomieszczeń w mieszkaniu chronionym. Określono w nim m.in. maksymalną liczbę osób w jednym mieszkaniu chronionym, która wynosi 7, przy czym okres dochodzenia do tej liczby został wydłużony i następuje etapowo, tj.

- 1) do dnia 31 grudnia 2019 r. liczba ta nie może być wyższa niż 12,
- 2) od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. liczba ta nie może być wyższa niż 10,
- 3) zatem standard określający, że maksymalna liczba osób w jednym mieszkaniu wynosi 7 - będzie obowiązywał od dnia 1 stycznia 2022 r.

Uchwałą Nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2017 r. w działaniu 4.7. przewidziano tworzenie mieszkań chronionych dla osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności z tytułu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, całościowych zaburzeń rozwojowych lub epilepsji oraz dla osób niewidomych. Samorządy gminne lub powiatowe mogą ubiegać się o dotacje na ten cel. Samorząd może zlecić prowadzenie mieszkań chronionych organizacjom pozarządowym. Na realizację tego zadania na lata 2017-2021 zaplanowano w budżecie państwa na tworzenie nowych mieszkań chronionych łącznie 108 mln zł, z czego 12 mln zł w 2017 r., a od 2018 r. po 24 mln zł rocznie. Od 2017 r. jest możliwe dofinansowanie z rezerwy budżetowej do 50% kosztów realizacji przedsięwzięcia na podstawie działania 4.7. (w tym kosztów związanych z zakupem mieszkań, budową, remontem, adaptacją, wyposażeniem mieszkania).

W drugiej połowie 2017 r. dotacja na ten cel wynosiła ponad 5 mln zł. W 2017 r. utworzono 38 mieszkań na 147 miejsc ogółem.

Natomiast w 2018 r. kwota przekazanej dotacji wynosiła 5 443 698,63 zł, co umożliwiło powstanie 48 nowych mieszkań chronionych dla 187 osób.

Realizacja Programu „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi”

W 2017 r. i -2018 r. w Ministerstwie Rodziny Pracy i Polityki Społecznej realizowany był Program pn. „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi”.

Celem głównym Programu było tworzenie warunków sprzyjających poprawie sytuacji życiowej i społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo, a tym samym wzmocnienie i poszerzenie sieci wsparcia społecznego przez dofinansowanie samorządów gmin oraz podmiotów funkcjonujących w obszarze pomocy społecznej, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

W ramach celu głównego zostały wyznaczone następujące cele szczegółowe:

1. Aktywizacja społeczna, psychiczna oraz fizyczna osób z zaburzeniami psychicznymi.
2. Zwiększenie różnorodności i poprawa jakości usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.
3. Integracja osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin ze środowiskiem lokalnym.
4. Wsparcie dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działania realizowane w ramach celów szczegółowych polegały na:

1. Tworzeniu i organizowaniu:
 - 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,
 - systemu kompleksowej oceny jakości i efektywności usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, przywracania ich do funkcjonowania w lokalnym środowisku zamieszkania, miejscu pobytu, a także oceny skali i poziomu ich integracji społecznej,
 - lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych oraz programów, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem przypadków osób z zaburzeniami psychicznymi,

- lokalnych projektów i programów związanych z organizowaniem i funkcjonowaniem różnorodnych ofert oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wykorzystujących potencjał dialogu społecznego na rzecz włączania społecznego tych osób i wyposażenie ich w kompetencje umożliwiające im pełnienie różnorodnych ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych dostępnych pozostałym członkom społeczności, w której żyją osoby z zaburzeniami psychicznymi.

2. Promowaniu dobrych praktyk, wzorów i modeli:

- pomocy omawianej grupie osób, w tym usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi przez jednostki organizacyjne służb pomocy społecznej oraz celem tworzenia sieci optymalnych ofert wsparcia,
- funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku społecznym, a także w instytucjach zapewniających im wsparcie,
- integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, głównie przez wyposażenie ich w kompetencje umożliwiające pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznej dostępnej osobom sprawnym, a także przez zmianę istniejących stereotypów dotyczących oceny przydatności społecznej tych osób,
- wspierania rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi przez efektywniejsze wykorzystanie transferów socjalnych.

Podmioty, które mogły ubiegać się o dofinansowanie:

- Jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania wynikające z ustawy o pomocy społecznej organizując na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu występujących u nich zaburzeń psychicznych mają trudności w życiu codziennym.
- Podmioty, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, które mogą uczestniczyć w otwartych konkursach ofert o dofinansowanie programów i projektów, wynikających z lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych.

Projekty dofinansowane w konkursie w ramach Programu pn.: „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi” – edycja 2017 były realizowane w okresie od kwietnia do końca grudnia 2017 r.:

- 17 projektów zrealizowano od kwietnia do 31 grudnia 2017 r.,
- 20 projektów od maja do 31 grudnia 2017 r.,
- 5 projektów zrealizowano od czerwca 2017 r.,
- 2 projekty od lipca do końca grudnia 2017 r.

Z analizy sprawozdań wynika, że pomocą i wsparciem w czasie realizacji zadań w ramach Programu zostało objętych ok. 8625 osób. Liczba ta obejmuje osoby z zaburzeniami

psychicznymi i ich rodziny. Jednak nie wszystkie organizacje podały konkretną liczbę beneficjentów.

Cele osiągnięte przez podmioty w wyniku realizacji Programu to głównie:

1. aktywizacja społeczna, psychiczna oraz fizyczna osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez różne formy wsparcia,
2. zmniejszenie izolacji społecznej i stygmatyzacji osób niepełnosprawnych oraz ich rodzin,
3. podniesienie poziomu samooceny, poczucia własnej wartości oraz wiary we własne możliwości,
4. pobudzenie aktywności psychospołecznej, ruchowej i kulturowej u osób z zaburzeniami psychicznymi.
5. Ponadto wspierano dobre praktyki, nowatorskie wzory i modele wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza te, które:
 - a. przyczyniły się do wzrostu umiejętności osób z zaburzeniami psychicznymi do samodzielnego funkcjonowania w ich środowisku społecznym oraz radzenia sobie w sytuacjach trudnych i stresujących,
 - b. wspierały integrację społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi, głównie przez wyposażenie ich w kompetencje umożliwiające pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznej dostępnej osobom sprawnym, a także przez zmianę istniejących stereotypów dotyczących oceny „przydatności społecznej” tych osób,
 - c. były dla nich oparciem poprzez różnorodne formy usług świadczonych na rzecz tych osób przez jednostki organizacyjne służb pomocy społecznej oraz w celu tworzenia sieci optymalnych ofert wsparcia.

W ramach realizacji Programu pn.: „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi” miały miejsce działania, które przyczyniły się do :

- wzmocnienia kompetencji społecznych, zawodowych i osobistych u osób z zaburzeniami psychicznymi,
- wzrostu wiedzy nt. specyfiki zaburzeń psychicznych oraz nabycia umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach,
- integracji ze środowiskiem lokalnym oraz tworzenia sieci wsparcia,
- wsparcia dla rodzin z dziećmi.

W 2018 r. dla 53 projektów wybranych w Konkursie przyznano dotację w wysokości 3 000 000 zł. Wyniki rozstrzygnięcia przyznania dofinansowania w Konkursie ogłoszono na początku marca 2018 r. Sprawozdanie za 2018 r. jeszcze nie zostało zakończone i nie można na tym etapie określić liczby osób objętych wsparciem i innych szczegółowych informacji.

W ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 (ASOS) w części realizowanych projektów znajdują się elementy, które nawiązują do zdrowia psychicznego seniorów

Wskaźniki monitorujące realizację powyższego zadania, dotyczące zasobów oraz dostępności oparcia społecznego, a także liczbę osób korzystających z różnych form wsparcia dla osób zaburzeniami psychicznymi – w skali kraju oraz w podziale na poszczególne województwa – zbierane są w sprawozdaniach resortowych (MPIPS – 03 i MPIPS – 05). Są one dostępne na stronie internetowej ministerstwa, w zakładce: pomoc społeczna > raporty i statystyki > statystyki pomocy społecznej.

Cel szczegółowy c) aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi

1. wdrażanie rozwiązań prawnych lub organizacyjnych koniecznych do rozwoju różnych form zatrudnienia wspieranego i wspomaganego oraz przedsiębiorczości społecznej, dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;
2. wspieranie powstawania i działalności pozarządowych ruchów samopomocowych;
3. osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych i ich rodzin – służących samopomocy oraz reprezentowaniu oczekiwań i opinii w życiu i dialogu społecznym;
4. innych organizacji – działających na rzecz zwiększenia aktywności i uczestnictwa osób z zaburzeniami psychicznymi w życiu i dialogu społecznym.

Realizowane działania:

- Osoby niepełnosprawne z zaburzeniami psychicznymi korzystały w latach 2017-2018 - zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172, z późn. zm.) 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:
 - Osoby niepełnosprawne, w tym także ze szczególnymi schorzeniami (m.in. osoby z zaburzeniami psychicznymi) uczestniczyły w warsztatach terapii zajęciowej.

- Ze środków publicznych (Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i budżetu państwa) wspierane było zatrudnienie osób niepełnosprawnych, w tym osób niepełnosprawnych ze szczególnymi schorzeniami (m.in. osób niewidomych, z upośledzeniem umysłowym, z zaburzeniami psychicznymi i z epilepsją), w zakładach aktywności zawodowej, w zakładach pracy chronionej i w zakładach otwartego rynku pracy, w formie dofinansowania wynagrodzeń tych osób.

Dostępne informacje statystyczne⁸ 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).

W 2018 r. Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej prowadziło prace nad aktualizacją Krajowego Programu Rozwoju Ekonomii Społecznej, który w nowym kształcie został przyjęty przez Radę Ministrów 31 stycznia 2019 r. pn. Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 r. Ekonomia Solidarności Społecznej (KPRES).

W wyniku prac nad nową odsłoną Programu, problematyka rozwoju ekonomii społecznej z uwzględnieniem sytuacji i potrzeb osób z chorobami psychicznymi znalazła odzwierciedlenie w zapisach dokumentu.

Cel szczegółowy KPRES – „Zwiększenie liczby wysokiej jakości miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych, dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym” – uwzględnia w swym zakresie osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego jako wchodzące w skład grup osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Operacjonalizacją ww. celu szczegółowego jest obszar „Solidarny rynek pracy”, w ramach którego wyodrębniony został priorytet 2. Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych oraz osób starszych w podmiotach ekonomii społecznej i solidarnej.

W ramach uwzględnionego w ww. priorytecie działania II.2.1. *Wsparcie zatrudnienia osób niepełnosprawnych na chronionym i otwartym rynku pracy* wskazuje się m.in. następujące działanie:

⁸ Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, wojewodów, samorządów powiatowych, powiatowych urzędów pracy.

- W celu rozszerzenia możliwości zatrudniania na otwartym rynku pracy osób niepełnosprawnych, a zwłaszcza osób z chorobami psychicznymi, wspierane będzie zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy oraz telepraca, a także rozważona zostanie możliwość wprowadzenia nowego instrumentu wsparcia – zatrudnienia przejściowego. Idea zatrudnienia przejściowego polega na dzieleniu jednego etatu przez kilku pracowników niepełnosprawnych, w zależności od ich możliwości co do wykonywania czynności na stanowisku pracy.

Zgodnie z zapisami KPRES od 2014 r. usługi wsparcia ekonomii społecznej i przedsiębiorstw społecznych prowadzą Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej (OWES), akredytowane przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Proces akredytacji odbywa się na podstawie Regulaminu oraz Zakresu standardów usług i działania OWES przyjętych przez Komitet akredytacyjny do spraw akredytacji oraz standardów usług i działania ośrodków wsparcia ekonomii społecznej.

Ministerstwo prowadzi również listę przedsiębiorstw społecznych, w ramach której gromadzone są informacje o podmiotach, którym przyznano status przedsiębiorstwa społecznego (PS), czyli podmiotu, który nie dzieli zysku, ale przeznacza go na cele społeczne (np. na rzecz społeczności lokalnej lub na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które pracują w tym przedsiębiorstwie). Według stanu na maj 2019 r. status PS posiadało 1049 podmiotów. Są to przede wszystkim spółdzielnie socjalne, ale także niektóre fundacje, stowarzyszenia i spółki non-profit.

W ramach powyższych zadań w Ministerstwie Rodziny Pracy i Polityki Społecznej realizowany był także Program „Aktywne formy przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu – nowy wymiar 2020”.

Kwota przeznaczona na realizację Programu w 2017 r. wynosiła 4 349 000 zł, zaś w 2018 r. 3 349 000 zł.

Celem głównym powyższego Programu jest włączanie i wzmacnianie uczestniczenia w życiu społecznym i zawodowym osób wykluczonych społecznie oraz rozwój systemu aktywnej integracji poprzez wsparcie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych. Jednocześnie w ramach celu głównego wyznaczono następujące cele szczegółowe:

- 1) objęcie osób, rodzin i ich członków zintegrowanymi lokalnymi działaniami pozwalającymi skorzystać z różnorodnego pakietu usług aktywizacyjnych dla uzyskania wzmocnienia ich indywidualnych kompetencji i umiejętności społecznych,
- 2) zawodowych i edukacyjnych,

- 3) umożliwienie osobom, rodzinom i ich członkom, będącym w trudnej sytuacji życiowej, korzystania ze wspólnych dóbr, lokalnych usług społecznych oraz zasobów instytucjonalnych dostępnych w środowisku lokalnym,
- 4) integrowanie młodzieży, szczególnie ze środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym, z lokalnym środowiskiem poprzez działania edukacyjno-integracyjne.

Realizacja wyznaczonego w Programie celu głównego, jak i celów szczegółowych, odbywa się poprzez organizację trzech otwartych konkursów ofert:

- 1) „Nowe horyzonty aktywnej integracji w środowisku lokalnym – animacja, edukacja, aktywizacja na rzecz zmniejszenia wykluczenia społecznego”;
- 2) „Partnerstwo przeciw wykluczeniu społecznemu – profesjonalne aktywne formy pomocy, ze szczególną rolą zatrudnienia socjalnego”;
- 3) „Aktywne postawy młodzieży – podnoszenie kompetencji, przedsiębiorczości i odpowiedzialności w wymiarze środowiska”.

W związku z powyższym zadania wskazane do realizacji opisane w ofertach konkursowych złożonych w ramach poszczególnych konkursów muszą bezpośrednio dotyczyć celów założonych w Programie.

W ramach ww. Programu Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zaprasza podmioty uprawnione, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej (organizacje pozarządowe wymienione w art. 3 ust. 2 ustawy z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie) oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 tej ustawy, samorządy gmin jak również instytucje tworzące centra i kluby integracji społecznej, o których mowa w art. 3 ust. 2 oraz 18 ust. 1 ustawy z 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym do składania wniosków w wybranych konkursach na wsparcie finansowe projektów z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej osób bezrobotnych, korzystających ze świadczeń pomocy społecznej oraz wykluczonych społecznie i zawodowo, jak również z zakresu pomocy środowiskowej dla młodzieży.

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.

Program był skierowany głównie do instytucji tworzących Centra i Kluby Integracji Społecznej. Centra Integracji Społecznej są instytucjami świadczącymi usługi reintegracji społecznej i zawodowej. Mają na celu kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu, nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższenie kwalifikacji zawodowych.

Uczestnikami zajęć w Centrach czy 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.

Z danych za 2017 r. zebranych z centrów integracji społecznej wynika, iż liczba osób chorujących psychicznie, która uczestniczyła w zajęciach centrum wyniosła 165 osoby, z czego zajęcia rozpoczęło 118 osób, natomiast zakończyło je 85 osób.

Natomiast z danych za 2018 r. zebranych z centrów integracji społecznej wynika, iż liczba osób chorujących psychicznie, która uczestniczyła w zajęciach centrum wyniosła 253 osoby, z czego zajęcia rozpoczęło 167 osób, natomiast zakończyło je 128 osób.

Z danych zebranych z klubów integracji społecznej za 2017 r. wynika również, iż liczba osób chorujących psychicznie, która rozpoczęła zajęcia w klubie wynosiła 405 osób, natomiast zakończyło je 268 osób.

Natomiast z danych zebranych z klubów integracji społecznej za 2018 r. wynika, iż liczba osób chorujących psychicznie, która rozpoczęła zajęcia w klubie wynosiła 439 osób, natomiast zajęcia zakończyło 328 osób.

Cel szczegółowy d): skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy

Zadanie 1. przygotowanie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, instytucjonalnych ram i zasad współdziałania CZP z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne oraz aktywizację społeczno-zawodową, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej

Realizacja tego zadania nie została jeszcze rozpoczęta. Wypracowanie i przyjęcie optymalnych rozwiązań w zakresie współpracy ww. jednostek wymaga bardziej zaawansowanego etapu wdrożenia Pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego.

Przykłady projektów realizowanych w ramach edycji 2017 i 2018 Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 dotyczące m.in. zdrowia psychicznego seniorów:

1. Stowarzyszenie Zwierzęta Ludziom (nr oferty 16 100 – ASOS, Edycja 2018)

- projekt pt. „PSIjaciele - aktywizacja seniorów z chorobami otępiennymi”,
- cel projektu: projekt miał na celu poprawę jakości życia 68 seniorów dotkniętych chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami psychicznymi w okresie 10 miesięcy

poprzez zapewnienie im dostępu do stałej, profesjonalnej i skutecznej terapii z udziałem psów;

- personel zaangażowany w zadanie m.in.: terapeuci;
- grupa docelowa: 68 osób ze zdiagnozowanymi chorobami psychicznymi, w szczególności z chorobą Alzheimera, korzystających z Dziennego Domu Pomocy Centrum Alzheimera, pochodzących z Warszawy.

W projekcie przeprowadzono cykl zajęć z udziałem psów dla podopiecznych dwóch ośrodków – Centrum Alzheimera (162 godziny) oraz Środowiskowego Domu Samopomocy „Słoneczny Dom” (36 godzin). W każdej z placówek odbyły się zajęcia dostosowane do specyfiki jej podopiecznych.

Opierając się na międzynarodowych badaniach oraz wskazaniach Światowej Organizacji Zdrowia, realizatorzy projektu, poprzez kontakt z psami, mogli spowodować poprawę samopoczucia i zdrowia seniorów oraz pomóc im zbudować pozytywne relacje społeczne – zarówno z innymi seniorami, jak między pokoleniami.

Podstawową zaletą przedsięwzięcia była atrakcyjna forma zajęć dla uczestników, która sprawiała, że seniorzy mieli wysoką motywację do udziału w terapii. To przekładało się z kolei na poprawę kontaktów społecznych, spowolnienie zaników pamięci i poprawę sprawności fizycznej – czyli spowolnienie postępowania chorób otępiennych.

2-3. Stowarzyszenie Pomorskie Centrum Terapeutyczno – Prawne INTERIOS (nr oferty 12991 - ASOS, Edycja 2017; nr oferty 15416 – ASOS, Edycja 2018)

- projekty: pt. „Lokalne Centra Oparcia Psychogeriatrycznego w systemie usług opiekuńczych województwa pomorskiego – Edycja II” (projekt z 2017 r.) / pt. „Lokalne Centra Oparcia Psychogeriatrycznego w systemie usług opiekuńczych województwa pomorskiego – Edycja III” (projekt z 2018 r.)”,
- cel projektu: poszerzenie oferty usług psychotraumatologicznych o działalność Lokalnych Centrów Oparcia Psychogeriatrycznego w dodatkowych lokalizacjach.
- Oferta Centrum koncentrowała się m. in. na specjalistycznym poradnictwie, diagnozie obszarów problemowych, szkoleniach psychospołecznych, superwizji, grupach edukacyjnych, rozwoju osobistym, czy treningach kognitywnych,
- cel szczegółowy: podniesienie umiejętności radzenia sobie z przeciążeniem psychicznym, sytuacyjnym, społecznym i zawodowym w procesie świadczenia usług opiekuńczych przez 200 osób 60+,
- personel zaangażowany w zadanie m.in.: terapeuci, psycholog, psychiatry, lekarze, neuropsycholog, trenerzy,

- grupa docelowa: działania kierowane były do 200 osób: opiekunów formalnych, opiekunów nieformalnych, tj. faktycznych, współmałżonków osób niesamodzielnych, osób bliskich i seniorów z sąsiedztwa, wolontariuszy, osób pracujących społecznie z województwa pomorskiego.

W edycji 2017 i 2018 Programu Stowarzyszenie wdrożyło ofertę Lokalnego Centrum Wsparcia Psychogeriatrycznego z zespołem mobilnym specjalistów dojeżdżającym z ofertą wsparcia do małych miast i wsi, w zależności od potrzeb. Wsparcie polegało na diagnozie obszarów problemowych, specjalistycznym poradnictwie indywidualnym i rodzinnym, szkoleniach, superwizji, grupach edukacyjnych dla osób 60+, np. poprzez konsultacje psychogeriatryczne, neuropsychologiczne, indywidualne treningi kognitywne – 120 godzin diagnozy sytuacji problemowych w pracy opiekuńczej personelu formalnego oraz opiekunów nieformalnych.

4-5. Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym i Chorym TĘCZOWA GROMADA (nr oferty 13403 - ASOS, Edycja 2017; nr oferty 15424 - ASOS, Edycja 2018)

- projekty: pt. „Razem łatwiej” (projekt z 2017 r.), pt. „Razem łatwiej 2!” (projekt z 2018 r.),
- cel projektu: zwiększenie dostępności oraz podniesienie jakości usług społecznych opiekunów osób starszych oraz osób w wieku 60+,
- działania obejmowały m. in.: szkolenie seniorów z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi i stworzenie sieci samopomocy seniorów, przeprowadzenie zajęć z zakresu wsparcia psychologicznego, m. in. na temat depresji i zaburzeń psychicznych, ich objawów i leczenia, jak dbać o zdrowie psychiczne swoje i najbliższych, warsztaty zdrowotne i profilaktyczne, zapewnienie środowiskowych usług opiekuńczych dla niesamodzielnych osób starszych,
- personel zaangażowany w zadanie m.in. : terapeuci, pielęgniarki,
- grupa docelowa: działania projektu skierowane były do 160 osób: do 60 opiekunów osób starszych (formalnych i nieformalnych, pracowników instytucji pomocy społecznej, organizacji pozarządowych, jednostek samorządu terytorialnego świadczących usługi opiekuńcze w gminach województwa wielkopolskiego) oraz 100 osób starszych w wieku 60+ z terenu województwa wielkopolskiego (w szczególności powiat koniński).

6. Fundacja Pomocy Psychologicznej i Edukacji Społecznej RAZEM (nr oferty 13328) ASOS, Edycja 2017

- projekt pt. „Akademia Dobrego Życia Po 60-tce”,
- cel projektu: zwiększenie jakości życia seniorów poprzez umożliwienie uczestnictwa w działaniach wspierających oraz samopomocowych osobom w wieku 60+ z chorobami otępiennymi. W ramach projektu Fundacja zapewniła m.in. przeprowadzone 300 godzin konsultacji z psychoterapeutą lub psychologiem, stworzone zostały trzy samopomocowe

grupy wsparcia dla osób w wieku 60+ z chorobami otępiennymi lub narażonymi na nie, wymagającymi szczególnego zaopiekowania,

- cele szczegółowe: m.in. stworzenie systemu wsparcia, umożliwienie podjęcia działań samopomocowych, zapewnienie dostępności do usług społecznych dla osób w wieku 60+ z chorobami otępiennymi lub narażonych na nie, wsparcie rodzin,
- personel zaangażowany w zadanie: m.in. psychoterapeuci, psychologowie, animatorzy,
- grupa docelowa: działania kierowane były do 360 osób w wieku 60+ bez górnej granicy wiekowej (z gmin Warszawa, Wołomin, Kobyłka, Legionowo), w tym zagrożonych wykluczeniem społecznym, narażonych na marginalizację i alienację społeczną, doświadczających trudności natury egzystencjalnej, samotności i problemów z reintegracją społeczną po przejściu na emeryturę i poczucia osamotnienia i zagubienia ze względu na objawy choroby otępiennej, potrzebujący wsparcia z zakresu usług społecznych, psychologicznych, psychoedukacyjnych, kulturowych i integracyjnych dla osób starszych.

7. Fundacja Pomaganie przez Wspieranie (nr oferty 13592), ASOS, Edycja 2017

- projekt pt. „Wsparcie psychologiczne oraz psychoedukacja sposobów minimalizowania skutków choroby otępiennej – kluczem do poprawy jakości życia seniorów 60+”,
- cel projektu: wyrównywanie szans i zapobieganie wykluczeniu społecznemu seniorów 60+ poprzez organizację dostępu do wsparcia psychologicznego i podejmowanie działań minimalizujących skutki chorób otępiennych,
- cel szczegółowy projektu realizowany był m.in. poprzez zorganizowanie Beneficjentom 60+ możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego w sytuacji występowania trudności i problemów na poziomie emocjonalnym. Opieka psychologiczna była zorganizowana przy instytucjach pracujących na rzecz Seniorów 60+ nie mających w swojej ofercie psychologa oraz realizowano wizyty domowe u Beneficjentów,
- personel zaangażowany w zadanie: m.in. psychologowie,
- grupa docelowa: beneficjentami projektu były osoby w wieku 60+ borykające się z problemami takimi jak: choroba otępienna, depresja, apatia, brak poczucia sensu, brak zrozumienia, brak poczucia własnej wartości, brak poczucia bycia potrzebnym, brak wsparcia ze strony rodziny i najbliższych, brak motywacji do życia, żałoba po stracie bliskiej osoby. Beneficjentami było 700 mieszkańców miejscowości do 80 tys, Z województwa dolnośląskiego (w tym 70 osób niepełnosprawnych).

8. Stowarzyszenie ERKA (nr oferty: 15087), ASOS, Edycja 2017

- projekt pt. „Utworzenie Lokalnej Sieci Wsparcia ERKA 60+”.
- cel projektu: utworzenie Lokalnej Sieci Wsparcia seniorów pod nazwą ERKA 60+ opartej na działalności samopomocowej oraz wspierającej samoorganizację seniorów, a także

realizacja wysokiej jakości usług społecznych na ich rzecz, co przyczyni się do podniesienia standardu życia osób starszych, zagospodarowania ich potencjału, zaspokojenia unikalnych potrzeb oraz zwiększy ich samodzielność,

- cel szczegółowy projektu: poszerzenie sieci wolontariuszy i opiekunów osób starszych oraz podniesienie ich kompetencji z zakresu pomocy osobom starszym, w tym osobom z chorobami otępiennymi; wspieranie działań samopomocowych wśród seniorów oraz wzmacniających ich umiejętności samoorganizacyjnych, a także działań na rzecz pomocy osobom z chorobami otępiennymi, ich rodzin i opiekunów, w tym osób starszych o ograniczonej samodzielności,
- personel zaangażowany w zadanie: specjaliści świadczący usługi z zakresu poradnictwa psychologicznego,
- grupa docelowa: beneficjentami było 150 osób - kobiet i mężczyzn w wieku 60+ (mieszkańcy Szczecina oraz okolic) z chorobami otępiennymi, niepełnosprawne, posiadających status emeryta lub rencisty, dotychczas nie biorących żadnego udziału w działaniach skierowanych na ich rzecz przez inne organizacje i instytucje, samotne, uzależnionych od pomocy rodziny i opiekunów – niesamodzielnych, o niskim statusie majątkowym, zadeklarowanych do utworzenia lokalnej sieci wsparcia ERKA 60+, w ramach której część z nich świadczyła działania samopomocowe i wspierała samoorganizację innych seniorów;

9. Stowarzyszenie Alzheimerowskie "Oskar" (oferta nr 13442), ASOS, Edycja 2017

- projekt pt. „Senior serwis”,
- cele projektu:
 - szkolenie wolontariuszy i opiekunów (z zakresu pomocy osobom starszym), (szkolenie opiekunek);
 - wspieranie różnych form samopomocy, (promowanie form samopomocy na warsztatach);
 - wspieranie rodzin w opiece nad osobą starszą poprzez rozwój usług (opieka całodobowa);
 - rozszerzanie dostępności do usług społecznych m.in. opiekuńczych, kulturalnych, edukacyjnych, poradniczo-doradczych, sportowych i turystycznych, (doradztwo i spotkania integracyjne);
 - rozwój systemów wsparcia umożliwiających zaspokojenie specyficznych dla wieku podeszłego potrzeb, w szczególności osobom starszym o ograniczonej samodzielności, w tym rozwojowi usług usprawniających, umożliwiających jak najdłuższe utrzymanie/podtrzymanie samodzielności.

- cel szczegółowy projektu: zapewnienie niepełnosprawnym całodobowej opieki w sytuacjach kryzysowych w następstwie choroby opiekuna; stworzenie bazy opiekunek profesjonalnie przeszkolonych; zajęcia aktywizujące chorych (terapia zajęciowa); pomoc opiekunom w dbaniu o higienę osobistą chorych, Integracja środowiska rodzin chorych. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat opieki nad osobami chorującymi na chorobę otępienną i inne choroby; zapewnienie rodzinom chorego dostępu fachowej informacji dotyczącej opieki nad niepełnosprawnym. Porad udzielali psycholog, prawnik, pielęgniarka wykwalifikowana w opiece nad chorymi na choroby otępienne i osoby ze Stowarzyszenia,
- personel zaangażowany w zadanie: m.in. specjaliści świadczący usługi z zakresu poradnictwa psychologicznego,
- grupa docelowa: 100 osób w wieku 60+ z województwa łódzkiego, które zmagają się z chorobą otępienną lub innymi podobnymi, potrzebują opieki przez 24 godziny na dobę, oraz do opiekunów którzy mieli przeważnie powyżej 60 lat, będący często zmęczeni, wypaleni, nie mający czasu dla siebie.

Ministerstwo Edukacji Narodowej

System oświaty zapewnia dzieciom i młodzieży m.in. możliwość korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej⁹. Realizacja zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest jedną z podstawowych form działalności dydaktyczno-wychowawczej przedszkola/szkoły¹⁰.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana dzieciom i młodzieży, odpowiednio – w przedszkolu, szkole czy placówce, polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych i czynników środowiskowych wpływających na ich funkcjonowanie w przedszkolu, szkole czy placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym¹¹.

Zapewnienie uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, adekwatnej do rozpoznanych potrzeb, należy do kompetencji dyrektora przedszkola/szkoły/placówki, który w porozumieniu z organem prowadzącym podejmuje decyzje m.in. dotyczące zatrudniania nauczycieli i specjalistów wykonujących zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności psychologów, pedagogów, logopedów i doradców zawodowych, ustala formy i okres udzielania tej pomocy oraz wymiar godzin, w którym poszczególne formy będą realizowane z danym dzieckiem/ucznikiem¹².

Zatem na poziomie lokalnym – w jednostce systemu oświaty – podejmowane są decyzje m.in. o sposobach zaspokajania potrzeb dzieci i młodzieży czy wymiarze godzin, które wynikają z rzeczywistych, rozpoznanych potrzeb, w tym dotyczące zatrudniania nauczycieli specjalistów.

⁹ Art. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, z późn. zm.).

¹⁰ Art. 109 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

¹¹ Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. poz. 1591, z późn. zm.).

¹² § 20 ust. 5 i 6 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Rok	Liczba nauczycieli specjalistów	
	2017	2018
logopedzi	15 203	16 642
pedagodzy	20 839	21 158
psycholodzy	9 323	9 920
doradcy zawodowi	5 544	7 326
terapeuci pedagogiczni	1 614	2 308

Tabela 4. Liczba nauczycieli specjalistów (wg danych z SIO, stan na dzień 30 września).

jednostka systemu oświaty	Liczba dzieci i młodzieży korzystających z zajęć:												ogółem	
	dydaktyczno-wyrównawczych		korekcyjno-kompensacyjnych		logopedycznych		socjoterapeutycznych		innych zajęć terapeutycznych		rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne			
rok	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
przedszkole	0	0	76 398	70 677	336 225	343 995	0	0	45 757	47 409	18 663	27 874	477 043	489 955
szkoła podstawowa	367 923	411 776	211 340	255 037	222 392	236 876	25 194	24 616	63 211	68 448	29 817	50 136	919 877	1 046 889
gimnazjum	109 824	56 039	41 373	22 424	8 340	4 321	9 938	3 956	15 689	7 254	8 495	5 544	193 659	99 538
zasadnicza szkoła zawodowa	3 818	1 581	1 442	748	793	325	1 012	260	1 512	586	621	427	9 198	3 927
liceum ogólnokształcące	14 624	15 171	2 694	2 930	501	549	1 102	1 488	2 168	2 334	2 774	4 427	23 863	26 899
technikum	15 501	14 055	3 062	3 666	338	395	409	330	1 910	1 369	1 665	2 526	22 885	22 341
szkoła policealna	11	22	9	15	11	9	1	4	50	66	7	9	89	125
szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	532	541	2 313	1 934	3 181	2 947	379	327	2 875	2 908	937	1 089	10 217	9 746
ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	628	660	282	172	260	323	15	73	144	74	20	38	1 349	1 340
sześcioletnia szkoła muzyczna I stopnia	32	29	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	42	29
czteroletnia szkoła muzyczna I stopnia	9	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	7
ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	174	103	51	24	3	0	0	29	23	21	7	10	258	187
sześcioletnia ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	90	109	28	54	1	1	3	2	20	8	10	7	152	181

czteroletnie liceum plastyczne	233	392	21	22	3	4	1	11	46	18	10	3	314	450
dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	136	43	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	43
zespół wychowania przedszkolnego	0	0	32	12	183	206	0	0	21	17	21	16	257	251
punkt przedszkolny	0	0	3 031	2 847	10 204	9 528	0	0	3 815	3 434	2 531	2 882	19 581	18 691
poznańska szkoła chóralna	95	107	8	11	0	0	6	0	0	30	0	0	109	148
Bednarska Szkoła Realna	6	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	14
szkoła policealna muzyczna	0	0	0	0	96	89	0	0	0	0	0	0	96	89
branżowa szkoła I stopnia	2 233	4 024	818	1 588	374	765	991	1 406	1 059	1 863	717	1 627	6 192	11 273
razem	515 869	504 668	342 966	362 161	582 915	600 333	39 051	32 502	138 300	135 839	66 295	96 620	1 685 396	1 732 123

Tabela 5. Liczba dzieci i młodzieży korzystających z zajęć oferowanych w ramach systemu oświaty.

W celu zwiększenia dostępności pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów Minister Edukacji Narodowej określił w drodze rozporządzenia¹³ wykaz zajęć prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz m.in. przez pedagogów, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych w przedszkolach, szkołach i placówkach.

Przepisy określają, jakie zajęcia dydaktyczne, wychowawcze i opiekuńcze prowadzone bezpośrednio z dziećmi/uczniemi lub na ich rzecz są realizowane w ramach tzw. „pensum” przez nauczycieli pedagogów, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych.

Określenie wykazu ww. zajęć w przepisach prawa wychodzi naprzeciw postulatowi zgłaszanemu przez dyrektorów przedszkoli, szkół i placówek systemu oświaty, organów prowadzących oraz nauczycieli. Wskazanie zadań realizowanych w ramach pensum gwarantuje, że we wszystkich przedszkolach, szkołach i placówkach w ramach tygodniowego obowiązkowego wymiaru godzin nauczyciele specjaliści będą prowadzili tego samego rodzaju zajęcia. Nowe regulacje obowiązują od dnia 1 września 2018 r.

Kolejnym działaniem, które przekłada się na zwiększenie dostępności do pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla dzieci i młodzieży, jest wprowadzenie w podziale subwencji oświatowej na 2019 r. dwóch wag na realizację działań z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej¹⁴.

Wagi obejmują uczniów z kategorii dzieci i młodzież (wszystkich, a nie tylko objętych pomocą psychologiczno-pedagogiczną) w szkołach ogólnodostępnych realizujących obowiązek szkolny lub nauki. Szacuje się, że tymi wagami zostanie objętych 4,4 mln uczniów, a naliczone środki wyniosą 556 mln zł i mogą zostać wydatkowane m.in. na zatrudnienie w szkołach psychologów, pedagogów, logopedów czy terapeutów pedagogicznych. Ponadto przepisy gwarantują wszystkim uczniom możliwość korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej, świadczonej przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Co roku wzrasta liczba poradni psychologiczno-pedagogicznych funkcjonujących w systemie oświaty.

¹³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu zajęć prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz przez nauczycieli poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz nauczycieli: pedagogów, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych (Dz. U. poz. 1601, z późn. zm.).

¹⁴ Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2019 (Dz. U. poz. 2446).

poradnia	rodzaj poradni				razem	
	publiczna		niepubliczna		2017	2018
	2017	2018	2017	2018		
poradnia psychologiczno-pedagogiczna	562	570	487	482	1049	1 052
poradnia specjalistyczna	24	25	33	32	57	57
razem	586	595	520	514	1106	1 109

Tabela 6. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne wg rodzaju (wg danych SIO, stan na dzień 30 września).

W poradniach psychologiczno-pedagogicznych zatrudniani są nauczyciele specjaliści.

rodzaj obowiązku kadry pedagogicznej	liczba etatów w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym poradniach specjalistycznych	
	2017	2018
obowiązki nauczyciela doradcy zawodowego	116,40	108,82
obowiązki nauczyciela pedagoga	3130,96	3 092,43
obowiązki nauczyciela psychologa	3827,88	3 776,23
obowiązki nauczyciela logopedy	1543,91	1 527,31
obowiązki nauczyciela socjologa	8,58	9,28
obowiązki nauczyciela rehabilitanta	150,42	151,59
razem	8 778,16	8 665,66

Tabela 7. Struktura zatrudnienia kadry pracowników pedagogicznych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych (wg danych SIO, stan na dzień 30 września).

Do zadań poradni psychologiczno-pedagogicznych¹⁵ należy m.in. diagnozowanie dzieci i młodzieży, udzielanie pomocy bezpośredniej uczniom oraz rodzicom, wspomaganie przedszkoli, szkół i placówek.

Udzielanie bezpośredniej pomocy dzieciom i młodzieży oraz rodzicom przez nauczycieli specjalistów w poradniach psychologiczno-pedagogicznych polega w szczególności na: prowadzeniu terapii dzieci i młodzieży oraz ich rodzin, wspieraniu dzieci i młodzieży wymagających pomocy psychologiczno-pedagogicznej, udzielaniu pomocy rodzicom w rozpoznawaniu potrzeb rozwojowych i możliwości psychofizycznych dzieci, rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych. Poradnie udzielają nauczycielom pomocy w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych uczniów i edukują rodziców i nauczycieli w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Według danych z SIO na dzień 30 września 2017 r. i 2018 r. poradnie psychologiczno-pedagogiczne obejmują bezpośrednim wsparciem w poradni blisko 2 mln dzieci i młodzieży.

¹⁵ § 10 ust. 3 i § 11 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. poz. 199, z późn. zm.)

Ponadto należy dodać, iż poza wymienionymi powyżej działaniami, Ministerstwo Edukacji Narodowej współpracuje z Ministerstwem Zdrowia w zakresie włączenia poradni psychologiczno-pedagogicznych w realizację zadań z zakresu wsparcia psychiatrycznego dzieci i młodzieży.

forma pomocy bezpośredniej	Odbiorcy														razem	
	dzieci do 3 roku życia		dzieci w wieku przedszkolnym		uczniowie szkół podstawowych		uczniowie gimnazjów		młodzież nie ucząca się i nie pracująca		uczestnicy form trwających ponad 3 miesiące		uczniowie szkół ponadgimnazjalnych			
rok	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
zajęcia korekcyjno-kompensacyjne	0	-	7 675	9 868	19 350	19 812	1 960	1 267	36	30	20 630	20 889	560	425	50 211	52 291
terapia logopedyczna	8 798	9 435	72 072	72 627	31 663	29 781	1 828	1 438	93	131	72 353	69 778	698	835	187 505	184 025
socjoterapia	0	0	385	-	5 932	6 493	2 682	1 104	16	41	4 470	3 119	394	389	13 879	11 146
zajęcia z uczniami zdolnymi	0	0	399	381	2 806	3 069	1 216	437	6	3	1 408	1 760	433	248	6 268	5 898
terapia dla zagrożonych uzależnieniami	0	0	0	0	322	558	2 034	419	91	44	634	204	498	435	3 579	1 660
zajęcia grupowe aktywizujące do wyboru kierunku kształcenia i zawodu	0	0	0	0	15 393	0	131 353	112 986	999	3 050	5 000	3 685	53 804	53 868	206 549	173 589
ćwiczenia rehabilitacyjne	10 816	14 512	11 289	14 713	1 563	3 184	229	677	13	9	10 499	11 787	24	328	34 433	45 210
inne formy pomocy indywidualnej	3 784	3 670	31 983	28 863	50 873	44 158	13 014	9 212	273	364	12 570	11 472	6 590	7 865	119 087	105 604
inne formy pomocy grupowej	1 595	1 887	41 927	46 457	63 981	70 116	35 765	19 667	175	143	15 389	16 694	19 983	25 395	178 815	180 359
porady bez badań	6 322	6 270	42 279	40 654	63 878	64 707	27 363	18 578	1 039	1 249	0	0	14 606	13 847	155 487	145 305
porady po badaniach przesiewowych	2 040	904	56 311	58 428	25 446	25 225	2 233	1 766	0	0	0	0	0	0	86 030	86 323
badania przesiewowe słuchu w ramach programu "Słyszę"	0	0	21 385	20 429	16 919	16 774	1 467	623	2	155	0	0	468	340	40 241	38 321
badania przesiewowe wzroku w ramach programu "Widzę"	0	0	8 510	7 378	8 253	7 880	605	176	0	0	0	0	34	91	17 402	15 525

terapia psychologiczna, w tym psychoterapia	0	0	14 606	15 790	18 635	20 969	9 614	7 763	555	445	26 487	25 505	7 733	8 012	77 630	78 484
indywidualne porady zawodowe na podstawie badań	0	0	0	0	0	0	18 293	15 881	158	97	0	0	7 199	7 090	25 650	23 068
indywidualne porady zawodowe bez badań	0	0	0	0	2 377	0	13 792	10 838	199	291	0	0	5 493	4 875	21 861	16 004
mediacje i negocjacje	0	0	0	0	827	1 142	655	1 062	49	43	88	126	476	465	2 095	2 838
badania przesiewowe mowy w ramach programu "Mówię"	0	0	13 904	16 033	4 416	4 737	242	78	1	1	0	0	222	222	18 785	21 071
inne zajęcia o charakterze terapeutycznym	3 296	3 322	21 347	20 794	20 247	20 206	5 717	3 847	456	423	19 127	19 553	2 954	3 074	73 144	71 219
zajęcia grupowe prowadzone w szkołach i placówkach oświatowych	749	1 035	44 381	35 845	226 933	267 652	116 766	66 978	7	743	11 025	11 595	92 513	92 305	492 374	476 153
grupy wsparcia	101	38	234	182	426	459	327	249	74	36	336	255	287	189	1 785	1 408
interwencja kryzysowa	64	66	399	599	2 553	4 908	3 040	2 536	81	113	289	372	2 298	4 077	8 724	12 671
razem	37 565	41 139	389 086	389 041	582 793	611 830	390 195	277 582	4 323	7 411	200 305	196 794	217 267	224 375	1 821 534	1 748 172

Tabela 8. Odbiorcy form pomocy bezpośredniej.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, zadaniami przewidzianymi do realizacji dla ministra właściwego do spraw wewnętrznych są:

- 1) opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- 2) wdrożenie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.

Wśród wszystkich 29 jednostek resortowej służby zdrowia, rozlokowanych na terenie całego kraju (w większości na poziomie miast wojewódzkich), żaden zakład nie posiada w swojej strukturze stacjonarnego oddziału psychiatrycznego. Natomiast 4 SP ZOZ MSWiA prowadzą stacjonarne oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych a w sumie w 18 zakładach funkcjonują również komórki organizacyjne udzielające świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej, typu poradnia zdrowia psychicznego i oddział dzienny.

Dostosowanie placówek nadzorowanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji do wymogów środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, opartego tylko na tych jednostkach, nie jest możliwe z uwagi na ich rozproszenie na terenie całego kraju. Ponadto w latach ubiegłych SP ZOZ MSWiA w Jeleniej Górze podejmował próby utworzenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, obejmującego m.in. stacjonarny oddział psychiatryczny, poradnię zdrowia psychicznego oraz środowiskowy zespół opieki psychiatrycznej, dla leczonych pacjentów z terenu województwa dolnośląskiego. Jednakże z uwagi na brak zgody na finansowanie dodatkowych świadczeń ze strony Funduszu, działania Zakładu zostały zawieszono.

Niemniej jednak, z uwagi na posiadany potencjał, 4 jednostki SP ZOZ MSWiA funkcjonują jako podwykonawcy określonych świadczeń (stacjonarnych lub dziennych) w pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego. Ponieważ pilotaż nie obejmuje terenu całego kraju, nie ma możliwości oceny, na ile posiadany potencjał, SP ZOZ MSWiA, w zakresie udzielania świadczeń psychiatrycznych będzie mógł być uwzględniony w ramach środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, który funkcjonować będzie po zakończeniu pilotażu.

Potencjał SP ZOZ MSWiA w 2017 r. w zakresie opieki psychiatrycznej:

Oddziały:

- Leczenia zaburzeń nerwicowych – 3 (liczba objętych opieką - 2 507 osób),
- Leczenia uzależnień – 1 (liczba objętych opieką – 718 osób),
- Dzienny psychiatryczny – 3 (102 miejsca, liczba objętych opieką – 1 162 osoby),

- Dzienny zaburzeń nerwicowych – 4 (89 miejsc, liczba objętych opieką – 605 osób),
- Dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny – 1 (12 miejsc, liczba objętych opieką – 53 osoby),
- Dzienny rehabilitacyjny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży – 1 (12 miejsc, liczba objętych opieką – 61 osób).

Poradnie:

- Zdrowia psychicznego – 24 (183 044 udzielonych porad),
- Leczenia uzależnień – 5 (17 828 udzielonych porad),
- Leczenia nerwic – 1 (2 009 udzielonych porad).

Środki finansowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji przeznaczone na dofinansowanie inwestycji prowadzonych na oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych w SP ZOZ MSWiA w 2017 r. wyniosły 107 500 zł.

Potencjał SP ZOZ MSWiA w 2018 r. w zakresie opieki psychiatrycznej:

Oddziały:

- Leczenia zaburzeń nerwicowych – 4 (liczba objętych opieką - 3 260),
- Leczenia uzależnień – 1 (liczba objętych opieką – 709 osób),
- Dzienny psychiatryczny – 3 (102 miejsca, liczba objętych opieką - 1 049 osób),
- Dzienny zaburzeń nerwicowych – 4 (94 miejsca, liczba objętych opieką - 756 osób),
- Dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny – 1 (20 miejsc, liczba objętych opieką – 59 osób),
- Dzienny rehabilitacyjny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży – 1 (16 miejsc, liczba objętych opieką – 86 osób).

Poradnie:

- Zdrowia psychicznego – 22 (164 897 udzielonych porad),
- Leczenia uzależnień – 3 (15 884 udzielonych porad),
- Leczenia nerwic – 1 (1 018 udzielonych porad).

Cztery SP ZOZ MSWiA od 2018 r. udzielają świadczeń w ramach pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego, w tym dwa w ramach oddziałów leczenia nerwic i dwa w ramach oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych.

W 2018 r. SP ZOZ MSWiA w Katowicach im. sierżanta Grzegorza Załogi poszerzył zakres udzielanych świadczeń dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, w tym uruchomił w Częstochowie, oddział dzienny zaburzeń nerwicowych z 41 miejscami oraz oddział leczenia zaburzeń nerwicowych z 25 łózkami. Jednocześnie Zakład prowadził działania mające na celu

uruchomienie, już od 2019 r. oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży oraz poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

Ministerstwo Obrony Narodowej

Zadania określone w Narodowym Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego do realizacji przez Ministerstwo Obrony Narodowej przedstawiają się następująco:

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel Szczegółowy a): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej Zadania:

- 1) Opracowanie programu dostosowania placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- 2) Wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- 3) Monitorowanie, nadzorowanie i ochrona zdrowia psychicznego: weteranów działań poza granicami państwa, ich rodzin oraz rodzin żołnierzy poległych w trakcie działań poza granicami państwa.

W celu realizacji zadania 1) związanego z dostosowaniem placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej prowadzone są prace analityczno-koncepcyjne, związane z oceną możliwości spełnienia wymagań ustawowych przez podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej. Zgodnie z zapisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, centra powinny obejmować swoim obszarem działania określony rejon administracyjny. W związku z powyższym trwa obecnie analiza możliwości włączenia podmiotów wojskowej służby zdrowia do systemu centrów przy uwzględnieniu potrzeb żołnierzy, weteranów i ich rodzin oraz zapewnieniu zdolności medycznych w obszarze obronności państwa.

W ramach realizacji opieki psychologicznej dla uczestników misji poza granicami państwa (zadanie 3) prowadzone były w czterech Wojskowych Szpitalach Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnych czternastodniowe turnusy leczniczo-profilaktyczne z treningiem antystresowym.

W 2017 r. w Wojskowych Szpitalach Uzdrawiskowo - Rehabilitacyjnych odbyły się 102 turnusy leczniczo-profilaktyczne, w których wzięło udział 2158 żołnierzy i weteranów - żołnierzy. Na ten

cel wydatkowano łącznie kwotę 7 680 316 zł (źródło finansowania: budżet Ministerstwa Obrony Narodowej).

W 2018 r. w 98 turnusach leczniczo-profilaktycznych wzięło udział 2399 żołnierzy i weteranów - żołnierzy i wydatkowano na ten cel kwotę 8 628 484,50zł (źródło finansowania: budżet Ministerstwa Obrony Narodowej). Turnusy te, podobnie jak w latach wcześniejszych, organizowane były tylko w Wojskowych Szpitalach Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnych.

Wraz z weteranami - żołnierzami, na zasadach odpłatności, w zajęciach uczestniczyli członkowie ich rodzin (małżonkowie, partnerzy, dzieci). Zajęcia odbywały się w formie konsultacji rodzinnych (w czasie których odbywała się psychoedukacja oraz zaznajamianie rodziny z możliwymi objawami adaptacyjnymi), relaksacje rodzinne, a także spotkania partnerskie związane z pracą nad relacją. Osobom zainteresowanym dalszym pogłębianiem wiedzy wskazywana była literatura oraz przekazywane były materiały pogładowe i informacyjne oraz edukacyjno-instruktażowe do samodzielnego prowadzenia treningów relaksacyjnych w domu. Główna tematyka spotkań terapeutycznych obejmowała: stres i jego przyczyny, objawy i skutki, sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych, wpływ relaksacji na funkcjonowanie, model równowagi, wpływ myśli na nastrój, emocje w naszym życiu, zasady efektywnej komunikacji.

W 2017 r. w jednostkach wojskowych prowadzone były zajęcia warsztatowe i edukacyjne w obszarach:

- budowanie skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem w środowisku pracy i służby; elementy treningu szczepienia stresem;
- problematyki stresu i radzenia sobie w sytuacjach trudnych;
- profilaktyki i reagowania na sytuacje zagrożenia samobójstwem lub próbą samobójczą;
- problemów adaptacyjnych i radzenia sobie z trudnościami w przystosowaniu;
- podstawy interwencji kryzysowej - procedury w stosunku do osób uzależnionych;
- stres w służbie wojskowej i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i kryzysowych;
- przeciwdziałania skutkom stresu, rozwijania kompetencji antystresowych, treningów relaksacyjne, edukacji na temat stresu bojowego i zagrożeń związanych z wystąpieniem ostrej reakcji na stres (ASD) oraz zaburzeniom stresowym pourazowym (PTSD);
- przeciwdziałania patologiom społecznym związanym z przemocą.

Natomiast w 2018 r. w jednostkach wojskowych psychoedukacja skupiona była w obszarach:

- budowanie skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem w środowisku pracy i służby; elementy treningu szczepienia stresem;
- emocje - przyczyny ujawniania, objawy i zapobieganie negatywnym skutkom;

- funkcjonowanie w sytuacjach stresujących oraz PTSD jako skutek przeżyć traumatycznych;
- przeciwdziałanie sytuacjom stresowym w działaniach bojowych;
- depresja – cichy zabójca;
- depresje, zaburzenia afektywne, nerwice - objawy, leczenie, rehabilitacja;
- alkohol – spożywanie szkodliwe, ryzykowne, uzależnienie.

Działalność szkoleniowa realizowana była przez psychologów jednostek wojskowych w ramach wykonywania obowiązków służbowych.

W ramach realizacji zadań wynikających z „Programu osłony psychologicznej uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin” psychologowie jednostek wojskowych prowadzili kwalifikacje i wywiady przed wyjazdem na misje poza granicami państwa oraz po powrocie z misji.

- w 2017 r. zrealizowano:
 - 2743 wywiadów z żołnierzami przed wyjazdem na misję,
 - 1180 wywiadów po misjach oraz
 - 363 interwencje kryzysowe.
- w 2018 r. zrealizowano:
 - 2856 wywiadów z żołnierzami przed wyjazdem na misję,
 - 1029 wywiadów po misjach oraz
 - 284 interwencje kryzysowe.

Jednocześnie, w ramach realizacji opieki nad weteranami i weteranami poszkodowanymi, psychologowie jednostek wojskowych udzielili konsultacji dla 42 weteranów (którzy odeszli ze służby) oraz dla 41 weteranów poszkodowanych.

Zadania te realizowane przez psychologów w ramach obowiązków służbowych.

W 2017 r. Departament Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej zorganizował doroczną Konferencję Psychologiczną pod nazwą „20-lecie wojskowej psychologii społecznej”, w której wzięło udział 150 psychologów wojskowych ze wszystkich obszarów działalności psychologicznej w resorcie obrony narodowej: psychologii klinicznej, społecznej oraz służby i pracy. Koszt organizacji konferencji wyniósł 145 249,87 zł (źródło finansowania: Ministerstwo Obrony Narodowej).

W 2018 r. doroczna Konferencja Psychologiczna poświęcona była „Zaburzeniom nastroju i zagrożeniom suicydalnym w praktyce psychologa wojskowego”, w której udział wzięło 130 psychologów reprezentujących wojskowe pracownie psychologiczne, szpitale i przychodnie specjalistyczne oraz psychologowie jednostek wojskowych). Koszt przedsięwzięcia wyniósł 133 745,99 zł (źródło finansowania: Ministerstwo Obrony Narodowej).

W latach 2017/2018 zorganizowane zostało szkolenie w Interwencji Kryzysowej dla psychologów wojskowych oraz opracowane zostały materiały edukacyjne (programy do prowadzenia zajęć) na temat: „zapobieganie zaburzeniom związanym z następstwami ekspozycji na kryzys i stres traumatyczny” oraz „skutki zdrowotne i psychologiczne przewlekłego stresu. Rozpoznawanie i sposoby radzenia sobie”. Koszt realizacji przedsięwzięcia wyniósł 205 645 zł (źródło finansowania: Ministerstwo Obrony Narodowej).

Zorganizowana została również superwizja w interwencji kryzysowej dla psychologów pracujących tą metodą w jednostkach wojskowych. Koszt organizacji wyniósł 27 520 zł (źródło finansowania: Ministerstwo Obrony Narodowej).

W 2017 r. psychologowie wojskowi brali udział w szkoleniach z zakresu:

- zarządzania stresem i technik redukcji napięcia,
- uzależnień behawioralnych,
- terapii krótkoterminowej,
- mediacji rodzinnych.

W szkoleniach wzięło udział łącznie 104 psychologów, a koszt przedsięwzięcia zamknął się kwotą 250 234 zł (źródło finansowania: Ministerstwo Obrony Narodowej).

W kolejnym, 2018 r., psychologowie wojskowi brali udział w szkoleniach z zakresu:

- terapii krótkoterminowej,
- przedłużonej ekspozycji,
- treningu zastępowania agresji,
- zarządzania stresem i technik redukcji napięcia,
- uzależnień behawioralnych.

W szkoleniach wzięło udział łącznie 116 psychologów wojskowych, a koszty wyniosły 225 569,33 zł (źródło finansowania: Ministerstwo Obrony Narodowej).

Ministerstwo Sprawiedliwości

W dniu 18 stycznia 2019 r. Służba Więzienna dysponowała oddziałami psychiatrii sądowej funkcjonującymi w następujących jednostkach penitencjarnych:

- 1) Zakład Karny Nr 2 w Łodzi;
- 2) Areszt Śledczy w Poznaniu;
- 3) Areszt Śledczy w Szczecinie;
- 4) Areszt Śledczy w Krakowie;
- 5) Areszt Śledczy we Wrocławiu.

Dane dotyczące ilości miejsc w oddziałach psychiatrii sądowej, ilości pacjentów obecnie przebywających na tych oddziałach, ilości osób pozbawionych wolności oczekujących na przyjęcie do oddziałów psychiatrii sądowej pozostających w dyspozycji Służby Więziennej, a także czasu oczekiwania na przyjęcie zostały przedstawione w tabelach w dalszej części sprawozdania.

Wyszczególniony w tabeli nr 11 podział na tzw. łóżka lecznicze i obserwacyjne jest podziałem czysto formalnym, ponieważ wszystkie dostępne łóżka w oddziałach psychiatrycznych wykorzystywane są na bieżąco dla obu grup pacjentów, zależnie od potrzeb. Jednocześnie w 2018 r. zakończył się remont pawilonu w Areszcie Śledczym w Szczecinie, w związku z czym potencjalnie możliwe jest prowadzenie działalności na kolejnych 28 łóżkach – co daje w sumie 84 miejsca. Na dzień 15 stycznia 2019 r. w jednostkach penitencjarnych przebywało 411 osób, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną.

W 2017 r. liczba pacjentów hospitalizowanych w więziennych oddziałach psychiatrii sądowej wynosiła: obserwacje – 362, leczenie – 802. Odpowiednio w 2018 r. liczba pacjentów hospitalizowanych w więziennych oddziałach psychiatrii sądowej wynosiła: obserwacje – 391, leczenie – 731.

Zgodnie z § 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności z dnia 14 czerwca 2012 r. (Dz. U. 2017 r., poz.2131) w oddziale psychiatrycznym szpitala umieszcza się osobę pozbawioną wolności:

- 1) jeżeli sąd zarządził jej badanie psychiatryczne połączone z obserwacją;
- 2) skierowaną z zachowaniem zasad określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – przez lekarza psychiatrę podmiotu leczniczego, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – przez innego lekarza podmiotu leczniczego, z powodu rozpoznania u niej zaburzeń psychicznych wymagających badania lub leczenia w warunkach oddziału psychiatrycznego.

Termin przyjęcia osoby pozbawionej wolności do oddziału psychiatrycznego szpitala wyznacza kierujący tym szpitalem lub ordynator tego oddziału, zawiadamiając o tym odpowiednio sąd lub dyrektora zakładu karnego, w którym osoba pozbawiona wolności przebywa. Powołane przepisy, wraz z istnieniem ewentualnych wskazań medycznych do hospitalizacji, jednoznacznie określają grupę pacjentów wymagających leczenia w oddziałach psychiatrycznych. Pozostali pacjenci, podobnie jak w warunkach wolnościowych, są objęci opieką psychiatryczną w warunkach ambulatoryjnych.

Zestawienie liczby lekarzy psychiatrów udzielających świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnych z zakresu psychiatrii w poszczególnych podmiotach leczniczych w aresztach śledczych i zakładach karnych, wg stanu na dzień 30 czerwca 2019 r., przedstawione zostało w tabeli w dalszej części materiału. Ze względu na fakt, że większość lekarzy jest zatrudniana w formie umów cywilno-prawnych, w miarę zapotrzebowania na świadczenia z zakresu psychiatrii możliwe było podanie danych dotyczących zatrudnienia na konkretny dzień tj. 30 czerwca 2019 r. Z powodu fluktuacji kadry medycznej, wynikającej z niedoboru na rynku lekarzy specjalistów, co dotyczy nie tylko dziedziny psychiatrii, nie jest możliwe podanie innych miarodajnych danych.

Podobnie jak w zewnętrznych podmiotach leczniczych dominującą formę zatrudnienia w więziennej służbie zdrowia stanowią umowy cywilno-prawne. W przypadku braku możliwości wykonania w warunkach więziennej służby zdrowia procedur medycznych np. badań specjalistycznych lub przeprowadzenia niezbędnych specjalistycznych konsultacji lekarskich więzienna służba zdrowia współdziała z zewnętrznymi podmiotami leczniczymi.

W ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w 2017 r. udzielono 70 396 konsultacji psychiatrycznych w jednostkach penitencjarnych i 1 605 konsultacji psychiatrycznych w zewnętrznych podmiotach leczniczych. W roku 2018 r. było to odpowiednio 73 082 konsultacji psychiatrycznych w jednostkach penitencjarnych oraz 1 716 konsultacji psychiatrycznych w zewnętrznych podmiotach leczniczych.

W 2017 r. wystawiono 10 560 opinii o stanie zdrowia osoby pozbawionej wolności, w tym 517 z wnioskiem „nie może być leczony w zakładzie karnym”. W 2018 r. wystawiono 10 397 opinii o stanie zdrowia osoby pozbawionej wolności, w tym 485 z wnioskiem „nie może być leczony w zakładzie karnym”. Wśród świadectw z wnioskiem „nie może być leczony w zakładzie karnym” w 2018 r. - 16 dotyczyło osób ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną, jednakże nie we wszystkich przypadkach był to powód wnioskowania o udzielenie przerwy w karze.

W 2017 r. wystawiono 523 opinii sądowo psychiatrycznych, w tym 85 z wnioskiem o internację. Odpowiednio, w 2018 r. wystawiono 796 opinii sądowo psychiatrycznych, w tym

83 z wnioskiem o internację. W dniu 31 grudnia 2018 r. na wykonanie prawomocnego środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym oczekiwało 27 osób.

W odniesieniu do zagadnień dotyczących respektowania uprawnień i należytego traktowania pacjentów oddziałów psychiatrii należy wskazać co następuje. Od 2018 r. w Oddziale Psychiatrii Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi z inicjatywy Służby Więziennej rezyduje Rzecznik Praw Pacjenta, który prowadzi szkolenia dla personelu medycznego w zakresie aktualizacji przepisów prawnych związanych z funkcjonowaniem oddziału i praw pacjenta, uczestniczy w obchodach lekarskich i prowadzi rozmowy z pacjentami.

Dyrektor Aresztu Śledczego w Krakowie, w odpowiedzi na pismo ze stycznia 2016 r., został poinformowany przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta o braku możliwości objęcia wsparciem przez obecnych Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oddziału psychiatrycznego Aresztu Śledczego w Krakowie. W związku z powyższym pacjentom udostępniona jest informacja o możliwości kontaktu telefonicznego z Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz korespondencyjnego z Wydziałem ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta, dodatkowo wydawane są ulotki Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

W Szpitalu Psychiatrycznym Aresztu Śledczego we Wrocławiu nie realizowano jakichkolwiek działań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Nie wnosił o to Rzecznik, pacjenci i ich przedstawiciele ustawowi. W 2017 r. nie było kontroli Rzecznika Praw Obywatelskich w Szpitalu Aresztu Śledczego we Wrocławiu, tym samym nie było zaleceń pokontrolnych do realizacji.

W Areszcie Śledczym w Poznaniu pomocy w ochronie praw pacjenta udziela Departament do Spraw Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Pacjenci w oddziałach szpitalnych w widocznym miejscu mają udostępnioną ustawę o Prawach Pacjenta oraz zasady kontaktowania się z Rzecznikami Praw Pacjenta i Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Dodatkowo prowadzi się stały nadzór dyrektorów szpitali nad stosowaniem środków przymusu bezpośredniego, zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Każdorazowe zastosowanie środka jest oceniane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459).

W oddziale psychiatrii sądowej Aresztu Śledczego w Szczecinie oraz Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi, również w związku z zaleceniami pokontrolnymi Rzecznika Praw Pacjenta, prowadzone są udokumentowane zajęcia zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach

psychiatrycznych (Dz. U. poz. 522). Zajęcia te są realizowane głównie w ramach psychoterapii indywidualnej przez psychiatrów i psychologów, co wynika ze specyfiki więziennych oddziałów psychiatrii, gdzie poza pacjentami leczniczymi realizowane są obserwacje sądowo-psychiatryczne. Programy takie są realizowane po wypisie z oddziału w ramach oddziałów terapeutycznych po skierowaniu za pośrednictwem Ośrodka Diagnostycznego. Oddziały nie zatrudniające terapeutów zatrudniły go (ZK Nr 2 w Łodzi), prowadzą działania w celu zatrudnienia w ramach istniejących możliwości etatowych (AŚ Kraków) lub kontynuują współpracę w ramach wolontariatu. W Areszcie Śledczym w Poznaniu poza arteterapią realizowaną i dokumentowaną przez wychowawcę pionu penitencjarnego ze względu na brak możliwości pozyskania przeszkolonego personelu w zakresie zajęć rehabilitacyjnych nie są prowadzone inne zajęcia w tym zakresie. Na terenie województwa od lat istnieją znaczne problemy z pozyskaniem wysokospecjalistycznej kadry medycznej nie tylko terapeutów zajęciowych, ale również lekarzy i pielęgniarek.

W zakresie stanu bazy lokalowej i technicznej tych placówek należy zaznaczyć, że na bieżąco prowadzone są prace modernizacyjne i dostosowawcze, które przyczyniają się do poprawy warunków bytowych pacjentów i warunków pracy personelu w oddziałach psychiatrii sądowej. Przekłada się to także na poszerzenie możliwości prowadzenia zajęć terapeutyczno-rehabilitacyjnych. Wspomniane działania obejmują również zniesienie barier architektonicznych i dostosowanie bazy do potrzeb osób niepełnosprawnych. Personel propaguje zdrowe i higieniczne działania pacjentów, postępując w duchu poszanowania ich intymności i godności. Nadmienić należy, iż w Oddziale Psychiatrii Sądowej Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi w związku z ukończeniem prac modernizacyjnych i dostosowawczych pacjenci mają dostęp do dwóch świetlic, wyposażonych w telewizory, sprzęt do ćwiczeń oraz gry edukacyjno-rozrywkowe. Dodatkowo stworzono możliwość zabezpieczenia pod postacią „celi miękkiej” w celu minimalizowania możliwości ewentualnych powikłań stosowania środków przymusu.

Oddział Psychiatrii Sądowej Aresztu Śledczego w Szczecinie zapewnia pacjentom właściwe warunki bytowe. Na terenie szpitala Aresztu Śledczego w Krakowie prowadzone są prace mające na celu dostosowanie podmiotu leczniczego do obowiązujących przepisów – planowany termin ich zakończenia to 2020 r. Baza lokalowa podmiotu leczniczego Aresztu Śledczego w Poznaniu jest sukcesywnie modernizowana i dostosowywana do obowiązujących przepisów od 2017 r.

Prowadzone są prace koncepcyjne dotyczące ewentualnego przeniesienia Szpitala Psychiatrycznego z Aresztu Śledczego we Wrocławiu do budynku byłego Szpitala Zakładu Karnego Nr 1 we Wrocławiu, po jego dostosowaniu w przypadku przyznania środków

finansowych na ten cel. Nadal prowadzone są prace na terenie Aresztu Śledczego w Radomiu, obecnie nie jest znany termin ich zakończenia.

Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego areszty śledcze i zakłady karne zapewniają osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronną opiekę psychiatryczną adekwatną do ich potrzeb. W jej zakres wchodzi m. in.:

- leczenie osób pozbawionych wolności z zaburzeniami i chorobami psychicznymi;
- działalność sal terapii, w których pod okiem doświadczonych terapeutów pacjenci realizują różne formy zajęć terapeutycznych (zajęcia plastyczno-praktyczne, treningi samoobsługi z elementami socjoterapii; terapia ruchem, trening asertywności i umiejętności społecznych);
- zajęcia terapeutyczne dla pacjentów psychotycznych, które mają na celu rehabilitację osób psychicznie chorych przebywających w warunkach izolacji;
- aktywizacja w terapii osób powyżej 60 r. ż.;
- w celu integracji społecznej chorych i osadzonych oraz walki ze stereotypami i uprzedzeniami prowadzono akcje charytatywne i wystawy prac pacjentów Oddziału Psychiatrii Sądowej w AŚ W Szczecinie we współpracy z Sekcją Psychiatrii Środowiskowej PTP;
- psychoedukacja indywidualna i grupowa kształtująca postawy korzystne dla zdrowia psychicznego;
- kontynuacja terapii substytucyjnej dla pacjentów uzależnionych na wolności, zakwalifikowanych do programu;
- regularne konsultacje psychiatryczne pozwalające monitorować stan zdrowia psychicznego osadzonych oraz wdrażać stosowne do sytuacji procedury lecznicze bądź terapeutyczne;
- upowszechnianie przez personel jednostek wiedzy na temat zdrowia psychicznego poprzez kształtowanie korzystnych zachowań i stylu życia.

Należy również wspomnieć, że na podstawie Instrukcji nr 2/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 29 sierpnia 2016 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności we wszystkich jednostkach podejmowane są działania zmierzające do zapobiegania występowaniu zachowań autoagresywnych wśród osadzonych. Działania te są realizowane przez funkcjonariuszy i pracowników jednostki – głównie psychologów i wychowawców oraz personel działu służby zdrowia i obejmują:

- realizowanie pełnego zakresu oddziaływań terapeutycznych wobec skazanych uzależnionych od środków odurzających i psychotropowych;
- wdrożenie programu krótkich interwencji wobec osadzonych uzależnionych od alkoholu lub nadużywających substancji psychoaktywnych oraz znajdujących się w kryzysie;

- zajęcia z zakresu profilaktyki uzależnień, programy readaptacyjne dla sprawców wypadków komunikacyjnych, przemocy w rodzinie;
- realizację Wytycznych nr 2/2010 Dyrektora Generalnego SW w sprawie ustalenia zasad organizacji i przeprowadzania interwencji przez służbę medycyny pracy SW po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu;
- szkolenia i kształcenie funkcjonariuszy służby zdrowia i innych działów z zakresu promocji i realizowane są programy antystresowe dla osadzonych, np. „Prison Smart”, „Stres pod kontrolą”;
- realizowane są programy readaptacyjne dla osadzonych, np. „Stawiam na trzeźwość”, „Ćpać czy być?”, „Trzeźwy kierowca”, kontrola złości i profilaktyka agresji;
- umożliwianie podnoszenia kwalifikacji wychowawców i psychologów poprzez uczestnictwo w kursach specjalistycznych, np. „Praktyka treningu zastępowania agresji”;
- nawiązywana jest współpraca z podmiotami zajmującymi się niesieniem wsparcia i pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, tj. „Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy Osobom Uzależnionym Subsidum”, Łącznik Intergrupy AA „Most” z Zakładami Karnymi;
- do skazanych stosujących przemoc domową kierowane są zajęcia prowadzone według modelu DULUTH;
- skazani, którzy wykazują trudności w kwestiach nawyków higienicznych, kierowani są na zajęcia treningu czystości prowadzone przez pielęgniarkę;
- sprawcy przestępstw o charakterze seksualnym są kierowani do grup, w których prowadzona jest edukacja na temat seksualności człowieka, trening empatii, trening zastępowania agresji, trening radzenia sobie z nawrotami;
- prowadzone są oddziaływania psychoedukacyjne i psychokorekcyjne w zakresie uzależnień, radzenie sobie z emocjami wynikającymi z charakteru zaburzenia psychicznego oraz faktu przebywania w warunkach izolacji penitencjarnej;
- dla skazanych nadużywających substancji psychoaktywnych oraz uzależnionych od alkoholu czy narkotyków, jak również osób uzależnionych behawioralnie (hazard, seksoholizm, piromania itd.), tworzone są grupy terapeutyczne z zakresu edukacji uzależnień, grupy zadaniowe dotyczące destrukcji alkoholowej czy narkotykowej;
- umożliwianie skazanym uczestniczenie w grupach wsparcia (grupy AA), które są realizowane przez osoby z zewnątrz;
- skazani będący w przeszłości ofiarami przemocy fizycznej, psychicznej lub seksualnej uczestniczą w treningach terapeutycznych dotyczących przemocy.

W tabelach poniżej przedstawione zostały informacje dotyczące działalności funkcjonujących w ramach jednostek penitencjarnych oddziałów psychiatrii sądowej oraz dane dotyczące

zatrudnienia w aresztach śledczych i zakładach karnych specjalistycznej kadry udzielającej świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej .

	Oddział Psychiatrii Sądowej Szpitala ZK Nr 2 w Łodzi	Oddział Psychiatrii Sądowej Szpitala AŚ w Szczecinie	Oddział Psychiatrii Sądowej Szpitala AŚ w Krakowie	Oddział Psychiatrii Sądowej Szpitala AŚ w Poznaniu	Oddział Psychiatrii Sądowej Szpitala AŚ we Wrocławiu
	ilość miejsc w szpitalu	ilość miejsc w szpitalu	ilość miejsc w szpitalu	ilość miejsc w szpitalu	ilość miejsc w szpitalu
łóżka obserwacyjne	60	28	22	27	22
łóżka lecznicze	5	27	5	5	23
Obłożenie łóżek wg stanu na dzień 18.01.2019 r.					
łóżka obserwacyjne	4	9	11	1	16
łóżka lecznicze	49	33	13	27	25
Ilość osób oczekujących na przyjęcie, stan na dzień 18.01.2019 r.					
łóżka obserwacyjne	22	20	11	3	11
łóżka lecznicze	przyjęcia na bieżąco zgodnie ze wskazaniem medycznym	3	0	9	0
Czas oczekiwania na przyjęcie w 2018 r.					
łóżko obserwacyjne średni czas oczekiwania	ok. 75 dni (ok. 2,5 mies.)	62 dni	ok.14 dni (ok. 0,5 mies.)	90 dni	2-3 mies.
łóżko lecznicze średni czas oczekiwania	0 dni	10 dni	ok.14 dni (ok. 0,5 mies.)	81 dni	pacjenci przyjmowani są w razie zaistniałej, konkretnej sytuacji na bieżąco

Tabela 9. Oddziały Psychiatrii Sądowej – ilość miejsc, obłożenie, ilość osób oczekujących na przyjęcie i średni czas oczekiwania.

Jednostka	terapeuta/psycholog	Liczba lekarzy specjalistów (w osobach)
Areszt Śledczy Kraków	starszy psycholog	1
Zakład Karny Nr 2 w Łodzi	psycholog	4
	terapeuta terapii zajęciowej	1
AŚ Poznań	starszy psycholog	1
	młodszy psycholog	1
Areszt Śledczy Szczecin	terapeuta zajęciowy	2
	psycholog	4
	terapeuta uzależnień	1
AŚ Wrocław	psycholog	2
	muzykoterapeuta	1

Tabela 10. Oddziały Psychiatrii Sądowej - zestawienie zatrudnionej kadry psychologicznej. ¹ w czasie remontu oddziału przy ograniczonej liczbie łóżek.

Areszty Śledcze i Zakłady Karne z uwzględnieniem podległych im Oddziałów Zewnętrznych (OZ)	Liczba psychiatrów
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Białymstoku	7
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Bydgoszczy	13
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Gdańsku	10
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Katowicach	18
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Koszalinie	9
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Krakowie	17
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Lublinie	8
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Łodzi	17
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Olsztynie	6
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Opolu	8
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Poznaniu	11
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Rzeszowie	6
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Szczecinie	9
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Warszawie	12
Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej we Wrocławiu	16

Tabela 11. Zestawienie liczby lekarzy psychiatrów udzielających świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnych z zakresu psychiatrii.

3. Narodowy Fundusz Zdrowia

W ramach Programu realizowane są działania mające na celu 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 oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Na Funduszu spoczywa obowiązek zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb (cel główny) oraz w zakresie celu szczegółowego: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, co zostało sprecyzowane w zadaniach:

„1. finansowanie świadczeń z zakresu psychiatrycznej środowiskowej opieki zdrowotnej;

2. dążenie do zapewnienia priorytetowego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;

3. wprowadzenie finansowania świadczeń zdrowotnych CZP pozwalającego na objęcie kompleksową opieką pacjentów z obszaru jego działania;

4. opracowanie i wprowadzenie zasad finansowania specjalistycznych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych według zryczałtowanej stawki na leczenie osoby/jednostki lub grupy jednostek diagnostycznych”.

W związku z powyższym oraz w celu upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, mając na uwadze stopniowe odchodzenie od „azyłowego” modelu leczenia opartego na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych, Fundusz z mocy rozporządzenia pilotażowego, z dniem 1 lipca 2018 r. rozpoczął realizację zadania trzeciego, tj. wprowadzenia finansowania świadczeń zdrowotnych Centrów Zdrowia Psychicznego pozwalającego na objęcie kompleksową opieką mieszkańców z obszaru jego działania, przyjmując formę pilotażu wypracowującego podstawy stwarzające warunki do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie całego kraju. Jednocześnie, przyjmując formę ryczałtu na populację, płanik zrealizował założenia zadania czwartego.

Zgodnie z potrzebą powstawania kolejnych zespołów leczenia środowiskowego oraz dziennych oddziałów psychiatrycznych ogólnych przy jednostkach zapewniających opiekę stacjonarną w zakresie oddziałów psychiatrycznych stacjonarnych ze szczególnym uwzględnieniem szpitali powiatowych, Fundusz w ramach możliwości finansowych poszerzył

ofercję świadczeń w tych zakresach, realizując zadanie pierwsze. Wyniki podjętych działań prezentuje poniższa tabela:

Rok		2016	2017	2018	2019	% wzrostu roku 2016 do 2019
Liczba Zespołów leczenia środowiskowego *	2730	129	149	211	183	41,86%
Liczba Oddziałów dziennych *	2301, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2706, 2708	286	299	347	326	13,99%
* na podstawie liczby komórek VIII część kodów resortowych						

Tabela 12 Liczba zespołów leczenia środowiskowego i Oddziałów dziennych w latach 2016-2018. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

W kolejnych latach sukcesywnemu wzrostowi podlegały także nakłady finansowe na świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wypełniając przy tym zadanie określone w punkcie drugim celów szczegółowych, co obrazuje tabela:

Rok	2015	2016	2017	2018	Wzrost % w latach 2015 - 2018
Wartość zrealizowanych świadczeń w rodzaju PSY [tys. zł]	2 376 043,01	2 399 933,14	2 538 136,22	2 643 759,55	11,27%

Tabela 13 Wartość zrealizowanych świadczeń w rodzaju PSY (w tys. zł w latach 2015-2018. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Realizacja zadań wynikających z założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w jednostkach samorządu terytorialnego

Województwa

Sprawozdanie z realizacji Programu złożyło 16 województw.

Prawie połowa województw (7 z 16) zadeklarowała realizację wszystkich zadań opisanych w Programie. Tylko województwo lubuskie poinformowało, że nie realizowało zadań wpisujących się w założenia Programu.

Poniżej przedstawiono najważniejsze wyniki realizacji Programu przez województwa (na podstawie zebranych informacji ilościowych).

Program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej został zaktualizowany w 11 województwach. Natomiast w 10 województwach został opracowany dokument określający strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych w zakresie centrów zdrowia psychicznego, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych.

Działania, których celem było wspieranie wdrażania planu umiejscowienia centrów zdrowia psychicznego zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, były podejmowane na terenie 12 województw.

Natomiast w ramach upowszechnienia zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, 10 województw zaktualizowało program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego.

W zakresie oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wsparciu projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi ww. form na terenie 11 województw podejmowane działania takie jak na przykład:

- 1) działania mające na celu promowanie zdrowia psychicznego;
- 2) działania informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi;

- 3) prowadzenie ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 4) specjalistyczne poradnictwo dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin, takie jak pomoc psychologiczna dla osób dorosłych w stanie kryzysu psychicznego; pomoc psychologiczna dla dzieci i młodzieży w stanie kryzysu psychicznego;
- 5) rozwój środowiskowych form wsparcia opieki dziennej dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych i otępieniami i ich rodzin;
- 6) szkolenia z zakresu profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży skierowane do osób pracujących w placówkach oświatowych;
- 7) szkolenia/konferencje/warsztaty dla rodziców i/lub opiekunów dotyczące zagrożeń psychospołecznych wynikających z codziennego użytkowania nowoczesnych technologii m.in. Internetu przez dzieci i młodzież;
- 8) przeciwdziałanie uzależnieniom i patologiom społecznym;
- 9) dofinansowanie kosztów utworzenia i działalności Zakładów Aktywności Zawodowej;
- 10) kampanie szkoleniowo-informacyjne adresowane do pracodawców, promujące zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi.

Na rzecz aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie 12 województw zwiększana była dostępność rehabilitacji zawodowej, organizacji poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi. Za przykład wskazano m.in.:

1. Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego: Dofinansowanie kosztów utworzenia i działania Zakładów Aktywności Zawodowej, w których zatrudnianie są osoby z niepełnosprawnością, w tym zaburzeniami psychicznymi. Obecnie w województwie działa 9 Zakładów Aktywności Zawodowej, w tym 5 zostało utworzonych w 2018 r. Zlecono realizację dwóch konferencji dotyczących działań z obszaru rehabilitacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami tj. na temat kształcenia zawodowego osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz sytuacji osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy. Ponadto podejmowane są działania z zakresu sieciowania oraz profesjonalizacji podmiotów prowadzących rehabilitację zawodową osób z niepełnosprawnościami, jak również rozwijania współpracy międzysektorowej pomiędzy instytucjami i organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze niepełnosprawności. W ramach działań ukierunkowanych na wzrost zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami w województwie zachodniopomorskim opracowano i przetestowano założenia metodologiczne innowacyjnej formy wsparcia pracodawców zatrudniających i planujących zatrudnić ww. osoby pn. „Asystent Pracodawcy”.

2. Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego: Od połowy lipca do połowy października 2018 r. Wojewódzki Urząd Pracy w Kielcach prowadził działania związane

z aktualizacją *Programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia...* obejmujące diagnozę sytuacji osób niepełnosprawnych z zaburzeniami zdrowia psychicznego na regionalnym rynku pracy oraz analizę zasobów instytucjonalnych województwa w zakresie aktywizacji zawodowej omawianej grupy. Ponadto Wojewódzki Urząd Pracy wystąpił do 25 instytucji, pracodawców i organizacji pozarządowych działających na terenie województwa świętokrzyskiego z propozycją nawiązania współpracy. Wśród adresatów znalazły się m.in. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Oddział Świętokrzyski, Caritas Diecezji Kieleckiej, Fundacja i Stowarzyszenie „Nadzieja Rodzinie”, Kielecki Dom pod Fontanną, Centra i Kluby Integracji Społecznej prowadzone przez samorządy oraz osiem Zakładów Pracy Chronionej. Spośród zaproszonych podmiotów odpowiedzi udzieliły cztery, z czego trzy zadeklarowały chęć współpracy.

3. Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego: Dofinansowano koszty działania zakładów aktywności zawodowej i utworzenia zakładu aktywności zawodowej zatrudniającego osoby niepełnosprawne, w tym z zaburzeniami psychicznymi, dofinansowano projekty z wykorzystaniem instrumentów aktywnej integracji, zawierające usługi aktywizacyjno-integracyjne na rzecz rodzin, których członkami są osoby z niepełnosprawnościami, zorganizowano szkolenia w zakresie radzenia sobie ze stresem oraz szkolenie dotyczące jak pracować z osobami uzależnionymi i zagrożonych uzależnieniem, przeprowadzono indywidualne konsultacje psychologiczne, przeprowadzono warsztaty dla podopiecznych środowiskowego domu samopomocy.

Na rzecz rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi, 10 województw zaktualizowało i wdrożyło wojewódzki program w ww. zakresie.

Prowadzone były również kampanie szkoleniowo-informacyjne, adresowane do pracodawców i promujące zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi w 10 województwach m.in. przez:

- 1) organizację konferencji, pikniku integracyjnego;
- 2) publikowanie informacji na stronie internetowej;
- 3) udostępnienie informacji o projektach skierowanych do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób z niepełnosprawnościami;
- 4) opracowanie ulotek informacyjnych na temat obowiązujących rozwiązań prawnych oraz możliwości uzyskania wsparcia finansowego, a także korzyści z zatrudniania osób

z zaburzeniami psychicznymi, skierowaną do pracodawców zainteresowanych zatrudnianiem takich osób;

5) udział w targach, konferencjach;

6) kampanie promocyjne ukierunkowane na zachęcanie pracodawców do zatrudniania osób niepełnosprawnych i promowanie wiedzy o ich zdolnościach, znaczeniu oraz wkładzie w rynek pracy.

W ramach skoordynowania dostępnych form opieki i pomocy, opracowany lub aktualizowany był regionalny program ochrony zdrowia psychicznego (na terenie 11 województw). Przy czym był on realizowany, koordynowany i realizowany w 10 województwach, np. przez:

1. Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego:

Koordynatorem realizacji działań wynikających z „Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Łódzkiego na lata 2017-2022” jest Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego ściśle współpracujący z Wojewódzkim Zespołem do spraw zdrowia psychicznego¹⁶. Wojewódzki Zespół został powołany uchwałą nr 845/16 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 19 lipca 2016 r.

2. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego:

Przygotowanie corocznego sprawozdania z realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

3. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego:

Monitoring prowadzony był przez przygotowanie sprawozdania z realizacji Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020, które następnie przedstawiono do zaopiniowania przez Wojewódzką Radę Zdrowia Psychicznego.

Według przedstawionych sprawozdań corocznie aktualizowane przewodniki informujące o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi zostały przygotowane w 12 województwach.

¹⁶ powołany uchwałą nr 845/16 z dnia 19 lipca 2016 r.

Powiaty i miasta na prawach powiatu

Spośród 314 powiatów do wypełnienia sprawozdania przystąpiło 243, z tego 187 powiatów zadeklarowało fakt realizacji Programu (77% sprawozdających się).

Z kolei z 66 miast na prawach powiatu sprawozdanie złożyło 61, z tego 58 miast zadeklarowało realizację zadań w ramach Programu (co stanowiło 95% sprawozdających się).

Najważniejsze wyniki realizacji Programu przez powiaty i miasta na prawach powiatu przedstawiono poniżej.

W ramach upowszechniania środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w 43 powiatach został opracowany lokalny program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju centrów zdrowia psychicznego oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, co stanowiło 18% wszystkich sprawozdających się. Wśród miast na prawach powiatu lokalne programy opracowało 22 miast (a więc 36% podmiotów które złożyły sprawozdanie).

Natomiast centra zdrowia psychicznego zostały utworzone w 29 powiatach (co stanowiło 12% podmiotów które złożyły sprawozdanie) oraz 16 miastach na prawach powiatów (czyli odpowiednio 26%).

W ramach upowszechniania zróżnicowanych form pomocy i oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, 100 powiatów (spośród 41% sprawozdających się podmiotów) oraz 41 miast na prawach powiatów (spośród 67%) podejmowało działania takie jak:

- 1) prowadzenie Środowiskowych Domów Samopomocy, w których realizowane były aktywności prowadzące do aktywizacji społecznej, kształtowanie zachowań akceptowanych społecznie (udział w spotkaniach towarzyskich i kulturalnych, w życiu kulturalnym miasta, w turystyce i rekreacji, psychoedukacja, wzmocnienie nawyku regularnego leczenia, wzmocnienie kompetencji społecznych i jakości kontaktów interpersonalnych etc.);
- 2) prowadzenie Domów Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- 3) udzielanie wsparcia w formie posiłków osobom potrzebującym, będącym jednocześnie uczestnikami środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 4) organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 5) prowadzenie grup wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 6) programy mieszkań wspomaganych, w tym chronionych;

7) programy skierowane do rodzin i opiekunów osób doświadczających zaburzeń psychicznych, w tym programy opieki wytchnieniowej.

Oprócz powyższego 83 powiaty (czyli 34% sprawozdających się) oraz 49 miast na prawach powiatu (80% wypełniających sprawozdanie) wspierało finansowo projekty organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, np.:

1. Miasto Białystok (m.in. Uniwersytet Profilaktyki Psychogeriatrycznej), prowadzenie placówki intensywnej opieki terapeutycznej dla dzieci i młodzieży, prowadzenie ośrodka dziennego pobytu dla dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego, program Stres pod kontrolą, Konferencja Dzieci na krawędzi – o potrzebie wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, prowadzenie ośrodka wsparcia i rehabilitacji psychospołecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, prowadzenie dziennego ośrodka dla dorosłych osób z autyzmem; zapewnienie opieki wytchnieniowej dla rodziców lub opiekunów osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób ze spektrum autyzmu, pomoc psychologiczno-terapeutyczna dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym).

2. Starostwo Powiatowe w Giżycku (w ramach współpracy z organizacjami pozarządowymi) zlecano Polskiemu Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Giżycku realizację zadania publicznego pt. „Kompleksowe wsparcie dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwojowymi oraz ich rodzin”. Zadanie było skierowane do dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem z grupy wysokiego ryzyka ciążowo-porodowego, opóźnionych w rozwoju psychoruchowym lub niepełnosprawnych intelektualnie i/lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym, z całościowymi zaburzeniami rozwoju (autyzm, zespół Aspergera, zespół Retta), wielorako niepełnosprawne, z wadami postawy. Głównym celem zadania było umożliwienie nabycia lub rozwoju kompetencji społecznych i interpersonalnych oraz umiejętności samoobsługowych i adaptacyjnych do różnych warunków środowiskowych przez dzieci i młodzież z terenu powiatu giżyckiego).

3. Starostwo Powiatowe w Policach (działania takie jak: Projekt „Chore Słowa i Ja”) realizowany przez Stowarzyszenie na Rzecz Harmonii Społecznej w Policach. Realizacja inicjatyw służących rozwojowi form wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeprowadzenie kampanii społecznej uświadamiającej społeczeństwo w zakresie chorób psychicznych; Projekt „Pasja i Talent” realizowany przez Stowarzyszenie na Rzecz Harmonii Społecznej w Policach. Działania mające na celu poprawę funkcjonowania w społeczeństwie osób niepełnosprawnych, w tym szczególnie osób wykazujących różnego rodzaju zaburzenia psychiczne; Projekt Klub „Sasanka” w PSONI

Koło w Policach realizowany przez Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Policach).

Działania mające na celu zwiększanie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie było realizowane przez 93 powiaty (czyli 38% sprawozdających się podmiotów) oraz 29 miast na prawach powiatów (a więc 48% jednostek tego typu które złożyły sprawozdanie). Jako przykłady rozwijania oferty pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach powiatowych centrów pomocy rodzinie można podać działania takie jak:

- 1) działania informacyjne o dostępnych formach pomocy z zakresu poradnictwa psychospołecznego i interwencji kryzysowej (ośrodka interwencji kryzysowej, telefonów zaufania), funkcjonujących na terenie Miasta Jastrzębie-Zdrój oraz z zakresu oferowanych przez nich świadczeń;
- 2) specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) realizacja programów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej;
- 4) programy specjalistycznych zajęć dla osób z określonymi zaburzeniami psychicznymi (np. zajęcia terapeutyczno-psychologiczne dla osób stosujących przemoc u których została wykazana konieczności realizacji pogłębionych działań terapeutycznych lub psychologicznych);
- 5) funkcjonowanie ośrodka interwencji kryzysowej (poradnictwo i hostel), poradnictwo psychologiczne w PCPR;
- 6) utworzenie Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy.

W ramach aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi, 122 powiatów (50% podmiotów które złożyły sprawozdania) oraz 45 miast na prawach powiatów (74% sprawozdających się jednostek tego typu), zwiększało dostępność rehabilitacji zawodowej, organizacji poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi. W ramach realizacji zadania realizowano działania takie jak:

- 1) poradnictwo zawodowe dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy z orzeczoną niepełnosprawnością;
- 2) objęcie osób bezrobotnych, z niepełnosprawnością związaną z chorobami psychicznymi, aktywnymi formami przeciwdziałania bezrobociu;
- 3) prowadzenie konsultacji i dokonywanie diagnozy psychologicznej klienta;
- 4) organizacja Targów Pracy dla Osób Niepełnosprawnych;
- 5) indywidualne szkolenie zawodowe dla osób niepełnosprawnych;

6) podnoszenie kwalifikacji pracowników przez uczestnictwo w szkoleniach z zakresu ustalania i realizowania indywidualnej ścieżki aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych z uwzględnieniem obsługi osób niepełnosprawnych.

Natomiast kampanie szkoleniowo-informacyjne adresowane do pracodawców promującej zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi, prowadzone były na terenie 78 powiatów (czyli 32% sprawozdających się podmiotów) oraz 28 miast na prawach powiatu (co stanowiło 46% sprawozdających się jednostek tego typu). W ramach kampanii były prowadzone działania takie jak:

- 1) organizacja spotkań z przedstawicielami innych instytucji, informowanie pracodawców o możliwości zatrudnienia osób niepełnosprawnych, przygotowanie broszur dla przedsiębiorców informujących o różnych formach wsparcia z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i z Funduszu Pracy;
- 2) szkolenie przedsiębiorców zatrudniających oraz chcących zatrudnić osoby niepełnosprawne;
- 3) akcje mailingowe kierowane do organizacji pracodawców z propozycją współpracy i udzielania informacji na temat zasad zatrudniania osób niepełnosprawnych;
- 4) organizacja konferencji poświęconych tematyce zatrudnienia osób niepełnosprawnych;
- 5) organizacja Targów Pracy dla Osób Niepełnosprawnych;
- 6) udział w spotkaniach organizowanych przez inne instytucje działające na rzecz osób niepełnosprawnych, informowanie o możliwościach wsparcia i rozwoju osób niepełnosprawnych w ramach bieżących działań realizowanych przez PUP.

Pomoc w podjęciu zatrudnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi była podejmowana przez 92 powiaty (czyli 38% sprawozdających się podmiotów) oraz 32 miasta na prawach powiatów (a więc 52% jednostek tego typu które złożyły sprawozdanie) przez różne formy aktywizowania, m.in.:

- 1) poradnictwo zawodowe i pośrednictwo pracy z wykorzystaniem optymalnych instrumentów rynku pracy;
- 2) współorganizacja i uczestnictwo w wydarzeniach takich jak targi i giełdy pracy (także z wydzielonymi stanowiskami dla osób niepełnosprawnych, w tym intelektualnie);
- 3) organizacja w administracji publicznej staży dla niepełnosprawnych;
- 4) dotacje na podjęcie działalności gospodarczej;
- 5) refundacja kosztów wyposażenia stanowiska pracy i kosztów zatrudnienia;
- 6) współpraca z agencjami zatrudnienia w zakresie pośrednictwa pracy, w tym pracy tymczasowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Celem skoordynowania dostępnych form opieki i pomocy niezbędne było powołanie lub kontynuacja działania lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu. Zgodnie z deklaracjami jednostek składających sprawozdanie zespół koordynujący realizację Programu podjął lub kontynuował działanie w 70 powiatach (29% podmiotów wypełniających sprawozdanie) oraz 27 miastach na prawach powiatu (44% sprawozdających się jednostek tego rodzaju). Niniejsze Zespoły koordynujące/uczestniczące w realizacji Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zostały powołane m.in. przez Starostwa Powiatowe w Białogardzie, w Inowrocławiu, Miasta Zabrze, Gdańsk w którym kontynuowane są działania Zespołu Wdrożeniowego oraz Rady Programowej Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Natomiast lokalny program ochrony zdrowia psychicznego, zawierający szczegółowy plan zapewnienia mieszkańcom koordynowanych, medycznych i społecznych świadczeń centrów zdrowia psychicznego, został opracowany w 58 powiatach (co stanowiło 24% wszystkich sprawozdających się) oraz 21 miastach na prawach powiatu (34% sprawozdających się). Przykładami opracowanych programów są:

- 1) Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 dla miasta Tarnowa¹⁷, obejmujący zasięgiem obszar powiatu tarnowskiego w jego granicach administracyjnych, zawiera on charakterystykę powiatu tarnowskiego, przedstawia sytuację epidemiologiczną w powiecie tarnowskim oraz stan zasobów opieki psychiatrycznej regionu, definiuje cele programowe i kierunki działań a także sposób zarządzania i monitorowania programu;
- 2) Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Powiatu Strzeleckiego na lata 2018-2022¹⁸, którego głównym celem jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej dla ich potrzeb;
- 3) Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Powiecie Pułtuskim na lata 2017-2020, który zawiera szczegółowy plan zapewnienia mieszkańcom koordynowanych, medycznych i społecznych świadczeń;
- 4) Warszawski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2022¹⁹. Celem nadrzędnym Programu jest zapewnienie mieszkańcom m.st. Warszawy z zaburzeniami

¹⁷ przyjęty uchwałą Nr XXXVII.326.2017 z dnia 28 listopada 2017 r.

¹⁸ przyjęty uchwałą Nr XLV/429/18 z dnia 26 września 2018 r.

¹⁹ przyjęty uchwałą Nr LXXIV/2107/2018 z dnia 27 września 2018 r.

psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnie do ich potrzeb. Realizacja celu następuje przez realizację celów szczegółowych i zadań określonych w Programie Narodowym, w zakresie kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (w tym pomocy społecznej, edukacji, aktywizacji zawodowej);

5) Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Miasta Rybnika na lata 2015-2020²⁰, którego celem jest stworzenie podstaw do podjęcia szeroko zakrojonych działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, a także ich skoordynowanie i kontynuowanie działań dotychczas realizowanych, tak aby nastąpiła poprawa zdrowia psychicznego mieszkańców Miasta Rybnika.

Celem realizacji wskazanych zadań 65 powiatów (czyli 27% podmiotów które złożyły sprawozdania) oraz 23 miast na prawach powiatów (a więc 38% sprawozdających się jednostek tego typu) realizowało, koordynowało i monitorowało lokalny program ochrony zdrowia psychicznego np.:

1) Starostwo Powiatowe w Bydgoszczy: Zgodnie z zapisami Harmonogramu zadań Powiatowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, za jego koordynowanie i monitorowanie odpowiada Zespół Koordynujący wraz z kierownikami poszczególnych jednostek. Co dwa lata, w ramach monitoringu, Zespół Koordynujący realizację Powiatowego Programu i dokonuje dokładnej analizy realizacji programu. Przewodniczący Zespołu Koordynującego odpowiada za przedstawienie sprawozdania z Programu za poprzedni rok Staroście Bydgoskiemu do 30 kwietnia;

2) Starostwo Powiatowe w Częstochowie: Zadania Programu realizowane były bez wkładu finansowego ze względu na brak funduszy. W ramach Programu odbywały się zajęcia psychoedukacyjne, warsztaty realizowane w szkołach na terenie powiatu, realizowano programy profilaktyczne przez szkoły, poradnie. Ponadto prowadzone są działania psychoedukacyjne skierowane do rodziców, nauczycieli i specjalistów pracujących na terenie szkół. Wszystkie działania monitorowane są przez Zespół koordynujący działania i monitorujący realizację zadań dotyczących promocji i ochrony zdrowia psychicznego;

3) Starostwo Powiatowe w Kętrzynie: W celu realizacji Powiatowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego Zarząd Powiatu w Kętrzynie powołał Zespół Koordynujący. W skład Zespołu Koordynującego wchodzi przedstawiciele służby zdrowia, jednostek pomocy

²⁰ przyjęty uchwałą Nr 199/XIII/2015 z dnia 1 października 2015 r.

społecznej, jednostek oświatowych, placówek pieczy zastępczej, samorządu powiatowego. Do zadań obsługującego Program należy coroczne zebranie danych i informacji oraz opracowanie rocznego sprawozdania z jego realizacji we współpracy z Zespołem Koordynującym.

Zgodnie ze złożonymi sprawozdaniami przewodnik informujący o lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi został opracowany w 74 powiatach (co stanowiło 30% sprawozdających się jednostek) oraz 28 miastach na prawach powiatu (odpowiednio 46% jednostek tego typu, które złożyło sprawozdanie).

Z uwagi na specyfikę zadań realizowanych w ramach kompetencji miast na prawach powiatów, w sprawozdaniach dla tych jednostek uwzględniono również zadania realizowane w ramach celu szczegółowego *Udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom*.

Zgodnie z deklaracjami sprawozdających się miast, zadanie Wspieranie rozwoju dzieci i młodzieży przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne przez udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, było realizowane w 39 podmiotach (co stanowiło 64% sprawozdających się) a zadanie Udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży w przedszkolach, szkołach i placówkach w 37 miastach (61% sprawozdających się).

Gminy

Spośród 2 477 gmin, do wypełnienia sprawozdania przystąpiło 1576, z czego 997 zadeklarowało realizację zadań nałożonych przez Program (czyli 63% sprawozdających się).

Większość gmin nie sprecyzowało przyczyny braku realizacji zadań określonych w Programie. Wśród jednostek które podały przyczyny tego faktu przeważał brak w danej gminie określonej placówki (np. poradni psychologiczno-pedagogicznej) lub realizacja na terenie gminy programów przez inne jednostki samorządu (np. powiat).

W zakresie wspierania rozwoju dzieci i młodzieży przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne przez udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom pomocy psychologiczno-pedagogicznej gminy podejmowały następujące działania:

- 1) diagnozowanie poziomu rozwoju, potrzeb ,zaburzeń rozwojowych i zachowań dysfunkcyjnych dzieci i młodzieży, wspomaganie dzieci i młodzieży odpowiednio do ich

potrzeb rozwojowych, prowadzenie terapii dzieci i młodzieży w poradniach psychologiczno-pedagogicznych;

2) organizacja dodatkowych zajęć psychoedukacyjnych, dydaktyczno-wyrównawczych, korekcyjno-kompensacyjnych, konsultacji pedagoga szkolnego i logopedycznych;

3) organizacja warsztatów z zakresu umiejętności społecznych i konstruktywnej komunikacji;

4) podejmowanie działań mediacyjnych i interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych, w tym również z udziałem rodziców;

5) udzielanie porad przez lekarza psychiatrę dziecięcego.

W ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży w przedszkolach, szkołach i placówkach udzielane było wsparcie dla dzieci i młodzieży udzielane przez pedagogów i psychologów szkolnych, prowadzono programy zdrowotne mające na celu diagnozę oraz terapię zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, upowszechniano informacje dotyczące zróżnicowanych form pomocy i opieki dla uczniów, rodziców i nauczycieli oraz prowadzono szkolenia dla rodziców i nauczycieli.

5. Wnioski

1. Właściwym kierunkiem rozwoju opieki psychiatrycznej w Rzeczypospolitej Polskiej jest przede wszystkim kontynuacja wdrażania środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na Centrach Zdrowia Psychicznego. W związku z powyższym Minister Zdrowia, dostrzegając potrzebę zwiększenia zasięgu rozwiązań w programie pilotażowym, podjął decyzję o rozszerzeniu tego programu.
2. Konieczna jest kontynuacja rozpoczętych przez Ministerstwo Zdrowia działań przyczyniających się do reformy psychiatrii dzieci i młodzieży w Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Niezbędne jest podejmowanie analiz w zakresie koordynacji wykonania zadań określonych w Programie, z uwagi na trudności i wątpliwości jednostek samorządu terytorialnego z ich realizacją oraz zapewnieniem działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.
4. Niezbędne jest podjęcie analizy umożliwiającej wdrożenie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania jednostek samorządu terytorialnego w realizację Programu oraz przygotowywanie sprawozdań.