

Załącznik nr 1
do Uchwały nr 124/218/13
Zarządu Województwa Pomorskiego
z dnia 5 lutego 2013 r.



**SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO**

POMORSKI PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA LATA 2013 – 2015

**Zarząd Województwa Pomorskiego
Luty 2013 r.**

SPIS TREŚCI

Rozdział I - Wprowadzenie	4
Podstawy prawne	5
1. Dokumenty międzynarodowe	5
2. Dokumenty prawa polskiego	7
3. Przedmiot i zadanie Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	10
4. Pomorski Zespół ds. Zdrowia Psychicznego	11
5. Struktura Programu	12
Rozdział II - Charakterystyka aktualnego stanu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie pomorskim	15
Rozdział III - Epidemiologia zaburzeń psychicznych w powiatach województwa pomorskiego	22
Rozdział IV - Ocena zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej woj. pomorskiego	26
1. Baza materialna i struktura podmiotów	26
2. Zasoby kadrowe województwa pomorskiego	33
3. Finansowanie świadczeń psychiatrycznych w województwie pomorskim	35
3.1 Globalne nakłady na leczenie psychiatryczne w woj. pomorskim	35
3.2 Średnie ceny punktów w poszczególnych zakresach w porównaniu z krajem	38
3.3 Finansowanie a wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w poszczególnych powiatach województwa pomorskiego	39
Rozdział V – Lecznictwo uzależnień i współuzależnień w województwie pomorskim	41
Rozdział VI - Promocja zdrowia psychicznego i priorytety promocji zdrowia psychicznego dla województwa pomorskiego	48
Rozdział VII - System pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim	53
1. Zasoby instytucjonalne pomocy społecznej województwa pomorskiego	54
2. Cele i zadania Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w odniesieniu do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	56
Rozdział VIII – Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim	58
Rozdział IX – Priorytety rozwoju opieki psychiatrycznej w województwie pomorskim	66
1. Analiza SWOT	66
2. Priorytety Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	69
Rozdział X – Realizacja Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	72
1. Realizacja i zarządzanie Programu	72
2. Finansowanie Programu	73
Rozdział XI – Monitoring i ewaluacja Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	74
Rozdział XII - Harmonogram realizacji zadań Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013 – 2015	76

AUTORZY

Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013 - 2015

L.p.	Imię i nazwisko	Funkcja/Instytucja
1	prof. dr hab. n. med. Zbigniew Nowicki	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii
2	lek. med. Blanka Skrzypkowska – Brancewicz	Przewodnicząca Grupy ds. leczenia psychiatrycznego Programu Zdrowie dla Pomorza
3	mgr psych. Paweł Zielazny	Referat Zdrowia Publicznego, Departament Zdrowia UMWP
4	lek. med. Zbigniew Krzywosiński	Z-ca Dyrektora Departamentu Zdrowia UMWP
5	lek. med. Jolanta Wierzbicka	Kierownik Referatu Zdrowia Publicznego w Departamencie Zdrowia UMWP
6	dr n. med. Izabela Łucka	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży
7	mgr Elżbieta Ciastoń - Przeclawska	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
8	mgr psych. Jacek Sękiewicz	Pełnomocnik Marszałka Województwa Pomorskiego ds. uzależnień
9	Katarzyna Kasprowicz	Pomorski Oddział PFRON

Rozdział I - Wprowadzenie

Pomorski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2013-2015 (PPOZP) powstał w wyniku postanowień *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 (NPOZP)* (rozporządzenie *Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 (NPOZP)*).

Rada Ministrów nakłada w nim obowiązek tworzenia odpowiednich programów na wszystkich szczeblach samorządu oraz zobowiązuje władze wojewódzkie do wdrożenia „Programu” wskazując na rosnącą rangę zdrowia psychicznego Polaków wśród priorytetów państwa.

Pomorski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jest kontynuacją *Opracowania Xa „Lecznictwo psychiatryczne”* realizowanego w ramach *Programu Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013 – Wieloletniego Programu Rozwoju Systemu Zdrowia Województwa Pomorskiego*. Warto podkreślić, że opracowanie „*Lecznictwo psychiatryczne*”, które powstało w roku 2007, było przedsięwzięciem nowatorskim w skali kraju, opartym o projekt założeń *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*.

Zarząd Województwa Pomorskiego, uchwałą nr 1369/92/11 z dnia 15 listopada 2011 powołał Pomorski Zespół ds. Zdrowia Psychicznego, który został zobligowany do koordynacji realizacji *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* na terenie województwa pomorskiego.

Pomorski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego ma charakter strategiczny i wyznacza kierunki rozwoju opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na Pomorzu, w realizację, których powinno być zaangażowanych wiele niezależnych podmiotów takich jak organy administracji rządowej, samorządowej oraz organizacje pozarządowe. *Pomorski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego* będzie realizowany wieloetapowo oraz wielośrodkowo i powinien koncentrować się przede wszystkim na tych zagadnieniach i problemach, na które Samorząd Województwa Pomorskiego i jego partnerzy w regionie mają rzeczywisty wpływ.

Podstawy prawne

1. Dokumenty międzynarodowe

Podstawowym dokumentem dotyczącym zdrowia psychicznego jest Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2001 r. pt. „*Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja.*” Prezentuje on nowatorskie spojrzenie na problematykę zdrowia psychicznego i chorób psychicznych oraz zawiera szereg zaleceń do wdrożenia w praktyce, wśród których wymienić można m. in.:

- zapewnienie powszechnego dostępu do odpowiednich i efektywnych pod względem kosztowym usług zdrowotnych, obejmujących promocję zdrowia psychicznego oraz prewencję schorzeń psychicznych,
- zapewnienia odpowiedniej opieki i ochrony praw człowieka pacjentom z poważnymi zaburzeniami, przebywającym w instytucjach zamkniętych,
- prowadzenie monitoringu i oceny stanu zdrowia psychicznego wspólnot lokalnych,
- promowanie zdrowego stylu życia i sposobów redukcji czynników ryzyka.

Raport podkreśla powszechny charakter zaburzeń neuropsychiatrycznych, które dotyczą, co czwartego człowieka, a także znaczący udział tych schorzeń w tzw. Globalnym Obciążeniu Chorobami mierzonym wskaźnikiem DALY, wynoszącym w 2000 r. dla świata 12%, a dla Europy 20%.

Zgodnie z dokumentem, głównym podejściem do sposobów rozwiązywania problemów ochrony zdrowia psychicznego powinna być opieka środowiskowa, której najważniejsze elementy to:

- usługi, będące blisko domu (opieka szpitalna w szpitalu ogólnym, dla przypadków wymagających przyjęcia w trybie nagłym oraz opieka długoterminowa w stacjonarnych formach opieki środowiskowej),
- usługi skoordynowane pomiędzy profesjonalistami zajmującymi się opieką psychiatryczną, a lokalnymi agencjami wsparcia socjalnego,
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w tym realizowane w formule hospitalizacji domowej,
- aktywność legislacyjną wspierającą powyższe działania.

Raport podkreśla ogromne znaczenie opieki środowiskowej i konieczność jej rozwoju oraz zaleca stopniowe zamykanie dużych szpitali psychiatrycznych, przekształcanie ich w centra aktywnego leczenia i rehabilitacji, a także rozwijanie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

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

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

Komisja Europejska, w październiku 2005 r. opracowała dokument pn. *Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności, Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*. Dokument ten nawiązuje do Deklaracji Helsińskiej i jest realizacją jej zapisów w krajach UE. Zielona Księga formułuje następujące zadania dla reformowania polityki ochrony zdrowia psychicznego w krajach Unii Europejskiej:

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

W 2008 roku podczas Konferencji w sprawie zdrowia psychicznego w Brukseli zainaugurowany został *Europejski Pakt na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego* (European Pact for Mental Health and Well-being). Pakt stanowi wezwanie do działania w duchu partnerstwa i uwzględnia wyzwania wiążące się z kwestiami zdrowia psychicznego. W jego ramach proponuje się zgromadzenie wiedzy z całej unii Europejskiej w celu wypracowania wspólnych zaleceń dotyczących działania w pięciu głównych obszarach:

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

Polskie programy są obecnie harmonizowane z Paktem na Rzecz Zdrowia i Dobrostanu psychicznego z 2008 roku, który zawiera ww. priorytetowe obszary dla Unii Europejskiej.

Głównym priorytetem polityki europejskiej dotyczącej promocji zdrowia jest opracowanie w każdym z krajów członkowskich Unii Europejskiej Planu Działania obejmującego profilaktykę i promocję zdrowia psychicznego oraz uwzględniającego niezbędne potrzeby danego państwa. „Europejski Pakt...” umożliwi instytucjom UE, rządów krajowym, regionom i organizacjom społeczeństwa obywatelskiego podejmowanie wspólnych działań na rzecz poprawy poziomu zdrowia psychicznego. Realizowany jest przede wszystkim poprzez konferencje tematyczne poświęcone określonym w nim priorytetom. Konferencje te są okazją do budowania partnerstwa na rzecz zdrowia psychicznego, rozpowszechniania najlepszych praktyk w całej Europie oraz przedstawiania dotychczasowych osiągnięć w tej dziedzinie.

2. Dokumenty prawa polskiego

Zgodnie z *art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Zapis ten obejmuje również ochronę zdrowia psychicznego.

Podstawowym polskim aktem prawnym wyznaczającym najważniejsze obszary działalności w ochronie zdrowia psychicznego jest *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.* (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz.535, z późn. zm.).

Celem ustawy jest zapewnienie:

- promocji zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałanie ich dyskryminacji oraz
- osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym.
- ochrony praw obywatelskich osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz wzmocnienie przestrzegania praw określonych w obowiązujących aktach prawnych oraz gwarancji praw obywatelskich poddawanych przymusowemu postępowaniu.

Dla przełożenia realizacji problemów zdrowia psychicznego istotne znaczenie mają także dwie ustawy dotyczące zagadnień związanych z uzależnieniami:

- *ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.)*
- *ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.)*

Kluczowym aktem wykonawczym do ww. ustaw jest *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128)*.

Podmiotami realizującymi Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego są w szczególności:

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

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

Zagadnienia z zakresu ochrony zdrowia psychicznego znajdują się także w *Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007 – 2015*, w którym wyróżniono cel strategiczny nr 4: Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno - promocyjne.

Zakładane efekty:

- Zmniejszenie występowania zaburzeń psychicznych, w tym liczby samobójstw,
- Zmniejszenie liczby osób z dyskomfortem psychicznym, a zwłaszcza z objawami lękowymi, depresyjnymi, reakcjami kryzysowymi, myślami samobójczymi,
- Promowanie zdrowia psychicznego poprzez dostarczanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do prawidłowego psychospołecznego rozwoju dzieci i młodzieży oraz

rozwiązywania problemów życiowych; kształtowanie zachowań korzystnych dla zdrowia psychicznego,

- Zwiększenie liczby programów oraz placówek oferujących profesjonalną pomoc i poradnictwo dla osób narażonych na zaburzenia zdrowia psychicznego – dzieci i młodzieży, osób starszych, bezrobotnych, osób narażonych na przemoc,
- Poprawa jakości życia osób chorych na przewlekłe choroby psychiczne.

Ochrona zdrowia psychicznego znalazła również swoje miejsce w *Programie Zdrowie Dla Pomorzan 2005-2013 – Wieloletnim Programie Rozwoju Systemu Zdrowia Województwa Pomorskiego*. Program „Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013” jest strategicznym planem rozwoju sektora ochrony zdrowia w województwie pomorskim. Powstał w celu zaspokojenia potrzeby prowadzenia w regionie spójnej polityki zdrowotnej. Obejmuje dyscypliny, które ze względu na epidemiologię muszą być traktowane priorytetowo w zakresie organizacji świadczeń zdrowotnych, finansowania infrastruktury i sprzętu medycznego oraz zakupu usług medycznych. Zasadniczym celem wdrożenia przyjętych w Programie „Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013” założeń jest poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców województwa pomorskiego i poprawa jakości usług medycznych w podmiotach prowadzących działalność leczniczą.

W 2007 r. w ramach Programu „Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013” powstało opracowanie Xa „Lecznictwo psychiatryczne”, którego podstawowym celem była poprawa jakości i dostępności świadczeń leczenia psychiatrycznego poprzez wdrożenie w województwie pomorskim modelu psychiatrii środowiskowej, czyli zintegrowanej opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku domowym, pracy/nauki, uwzględniającej współdziałanie wszystkich partnerów instytucjonalnych w oparciu o projektowany wówczas Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Zagadnienia zdrowia znalazły też swoje odzwierciedlenie w wybranych elementach Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020, a mianowicie¹:

Cel operacyjny 2.4. Lepszy dostęp do usług zdrowotnych.

Wyzwania strategiczne

- Dostęp do usług publicznych
- Zatrudnienie i stan zdrowia mieszkańców

¹ Na podstawie: Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020; Załącznik nr 1 do Uchwały nr 458/XXII/12, Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 24 września 2012 roku w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020

Wybór strategiczny

Profilaktyka i diagnostyka, a także specjalistyczne usługi zdrowotne w zakresie chorób cywilizacyjnych rozumianych jako choroby nowotworowe, układu sercowo-naczyniowego, diabetologiczne i wieku starczego, **a także choroby i zaburzenia psychiczne.**

3. Przedmiot i zadanie Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Przedmiotem opracowania *Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2015*” jest określenie modelu zintegrowanej psychiatrycznej opieki zdrowotnej skoordynowanej z działalnością innych jednostek opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz aktywizacji zawodowej.

Głównym kierunkiem działania jest zapewnienie mieszkańcom województwa pomorskiego równego dostępu do różnych form leczenia i opieki psychiatrycznej ze zrównoważeniem między opieką szpitalną i środowiskową.

Zadania *Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* przedstawiają się następująco:

- 1) ocena stanu zdrowotnego mieszkańców,
- 2) ocena posiadanych zasobów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej,
- 3) określenie potrzeb i możliwości reorganizacji istniejącej bazy,
- 4) określenie potrzeb i możliwości tworzenia w przyszłości nowych struktur opieki i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- 5) określenie działań z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego,
- 6) określenie działań zapobiegających dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Pomorski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Pomorskiego na lata 2013-2015” jest ramowym ujęciem potrzeb w zakresie organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz innych form działalności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, które mogą być realizowane na terenie województwa pomorskiego przez samorząd województwa, samorządy powiatów i gmin, podmioty lecznicze i organizacje pozarządowe a także inne instytucje zaangażowane w szeroko pojęte leczenie psychiatryczne.

4. Pomorski Zespół ds. Zdrowia Psychicznego

Kierując się zaleceniami *Rozporządzenia w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, Zarząd Województwa Pomorskiego w porozumieniu z podmiotami uczestniczącymi w realizacji Narodowego Programu, uchwałą nr 1369/92/11 z dnia 15 listopada 2011 powołał Pomorski Zespół ds. Zdrowia Psychicznego,

Skład Zespołu zapewnia właściwą reprezentację Samorządu Pomorskiego, Wojewody Pomorskiego, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych i Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Skład osobowy Zespołu przedstawia się następująco:

L.p.	Imię i nazwisko	Instytucja	Funkcja
1	mgr Hanna Zych – Cisoń	UMWP	Wicemarszałek Województwa Pomorskiego
2	prof. dr hab. n. med. Jerzy Landowski	Gdański Uniwersytet Medyczny	Kierownik Katedry Chorób Psychiczych GUMed
3	prof. dr hab. n. med. Leszek Bidzan	Gdański Uniwersytet Medyczny	Kierownik Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiekii Podeszłego GUMed
4	prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkowicz	Gdański Uniwersytet Medyczny	Kierownik Katedry Psychologii GUMed
5	prof. dr hab. n. med. Zbigniew Nowicki	Gdański Uniwersytet Medyczny	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii
6	dr n. med. Izabela Łucka	Gdański Uniwersytet Medyczny	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii Dzieci i Młodzieży
7	lek. med. Blanka Skrzypkowska – Brancewicz	UMWP	Przewodnicząca Grupy ds. leczenia psychiatrycznego ZdP
8	lek. med. Joanna Kasperek	UMWP	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Słupsku
9	lek. med. Roman Ludkiewicz	UMWP	Ordynator Oddziału Psychiatrycznego w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie
10	lek. med. Zbigniew Krzywosiński	UMWP	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Departamentu Zdrowia UMWP
11	lek. med. Jolanta Wierzbicka	UMWP	Kierownik Referatu Zdrowia Publicznego w Departamencie Zdrowia UMWP
12	lek. med. Jolanta Ferszka	UMWP	Z-ca Dyrektora ds. medycznych Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Gdańsku
13	mgr psych. Paweł Zielazny	UMWP	Referat Zdrowia Publicznego w Departamencie Zdrowia UMWP

14	mgr Elżbieta Ciastoń - Przeclawska	UMWP	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
15	mgr psych. Ewa Szczybior	Pomorski Urząd Wojewódzki	Wydział Polityki Społecznej
16	mgr psych. Jerzy Tokaj	Stowarzyszenie "Przyjazna Dłoń"	Prezes Stowarzyszenia
17	lek. med. Małgorzata Paszkowicz	Narodowy Fundusz Zdrowia	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych POW NFZ
18	mgr Dorota Piotrowska	Urząd Statystyczny w Gdańsku	Urząd Statystyczny w Gdańsku
19	mgr Arkadiusz Bobowski	Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Gdańsku (UMWP)	Konsultant Wojewódzki ds. pielęgniarstwa psychiatrycznego

5. Struktura Programu

Niniejsze opracowanie zostało podzielone na dwie zasadnicze części, tj. część diagnostyczną i część planistyczną.

Część diagnostyczna opisana została w rozdziałach: II, III, IV, V, VI, VII, VIII. Rozdziały te ukazują obecny stan zdrowotny mieszkańców województwa pomorskiego oraz zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej, pomocy społecznej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i aktywizacji zawodowej, określono w niej również priorytety promocji zdrowia psychicznego.

Część planistyczna została ujęta w rozdziałach: IX, X, XI, XII, gdzie dokonano wyboru i uzasadnienia priorytetów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dla województwa pomorskiego, ustalono cele i zadania szczegółowe do ich realizacji a także określono wskaźniki monitorowania i oceny realizacji zadań Programu.

Do opracowania wykorzystano dostępne dane statystyczne, opracowania oraz informacje następujących instytucji:

- Ministerstwo Zdrowia,
- Instytut Psychiatrii i Neurologii,
- Pomorski Urząd Wojewódzki,
- Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Wojewódzki Urząd Pracy,
- Główny Urząd Statystyczny w Warszawie,
- Urząd Statystyczny w Gdańsku,
- Samorządy powiatów województwa pomorskiego,
- Jednostki psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Do opracowania wykorzystano następujące akty prawne:

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 231 poz. 1375)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24 poz. 128)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140 poz. 1146 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 175 poz. 1362)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U.10.238.1586 z dnia 17 grudnia 2010 r.)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r. Nr 214 poz.1407)
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 43 poz. 225)
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn. Dz. U. Nr 70 poz. 473 z 2007 r.)
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179 poz.1485)
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180 poz.1493)
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. Nr 149 poz. 887)
- Ustawa 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz. U. Nr 112, poz. 537).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Dz. U. Nr 16 poz. 126 z późn. zm.).

Rozdział II - Charakterystyka aktualnego stanu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie pomorskim

Przyjęty do realizacji rozporządzeniem Rady Ministrów z 28.12.2010 r. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) określa wskaźniki epidemiologiczne w zakresie zdrowia psychicznego dla populacji Polski. Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym także związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych: alkoholu, narkotyków i leków.

Według NPOZP w latach 1990-2007 w skali kraju nastąpił wzrost wskaźnika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. W opiece ambulatoryjnej wskaźnik wzrósł o 119% (z 1629 do 3571 na 100 tys. ludności), w opiece stacjonarnej o 50% (z 362 do 542 na 100 tys. ludności). Systematyczny wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych następował do roku 2005, natomiast między rokiem 2005 a 2007 wskaźnik w opiece ambulatoryjnej spadł o 2%, zaś wskaźnik hospitalizacji wzrósł zaledwie o 1%. W latach 2005-2007 zapadalność w opiece ambulatoryjnej spadła o 10% (z 1029 do 930 na 100 tys. ludności), a w opiece całodobowej o 7% (z 240 do 223 na 100 tys. ludności).

Tendencja spadku wskaźników rozpowszechnienia, jak też zapadalności w latach 2006-2007 w skali całego kraju znajduje odzwierciedlenie w województwie pomorskim, z wyjątkiem świadczeń opieki ambulatoryjnej nad dziećmi i młodzieżą i leczenia nerwic, co nie zmienia faktu, iż wskaźniki te znacząco przekraczają średnią krajową.

Tab.1. Leczeni z zaburzeniami psychicznymi ambulatoryjnie w latach 2006-2007 w woj. pomorskim

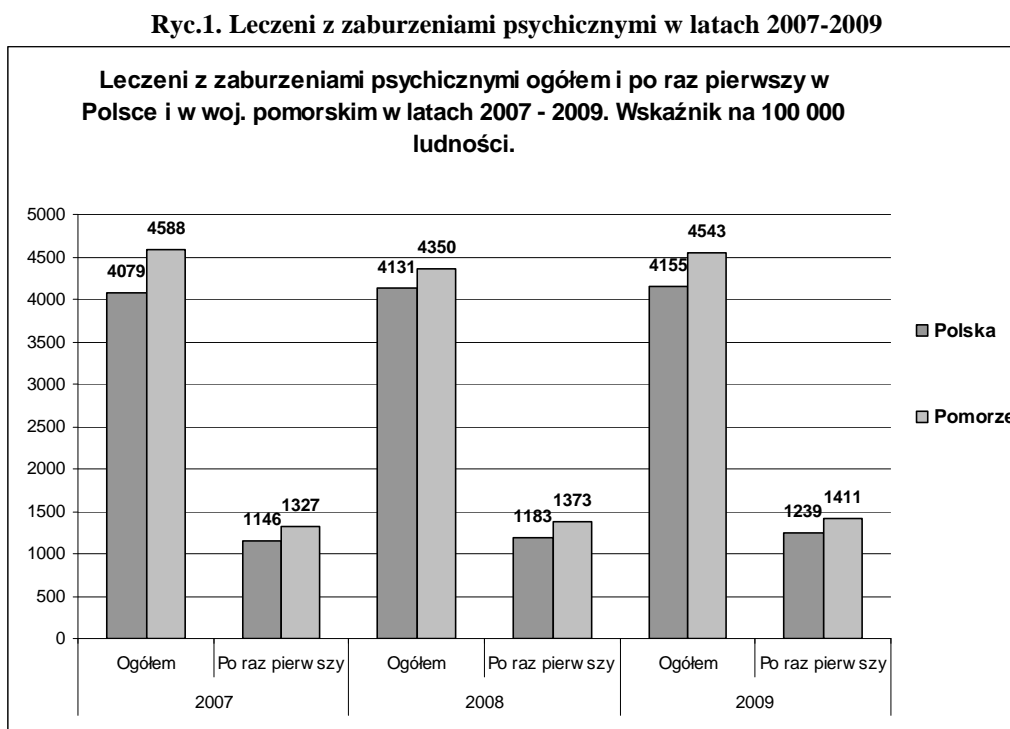
Nazwa poradni	2006		2007	
	ogółem	po raz pierwszy	ogółem	po raz pierwszy
Poradnia zdrowia psychicznego	75372	16932	69909	15935
Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	3765	1630	3546	1789
Poradnia zdrowia psychicznego dla młodzieży	1851	418	2098	875
Poradnia psychogeriatryczna	3575	1120	2812	686
Poradnia leczenia nerwic	1349	397	1638	466
Poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym	630	120	734	212

Źródło: Wydział Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

W latach 2007-2009 ponownie obserwujemy wzrost wskaźników na tutejszym terenie, utrzymujący się nadal. Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wynosił

odpowiednio 112, 105 i 109% w odniesieniu do średnich całego kraju, zaś wskaźniki zapadalności były wyższe niż średni wskaźnik zapadalności dla Polski i wynosiły odpowiednio 116, 116 i 114% dla populacji województwa pomorskiego.

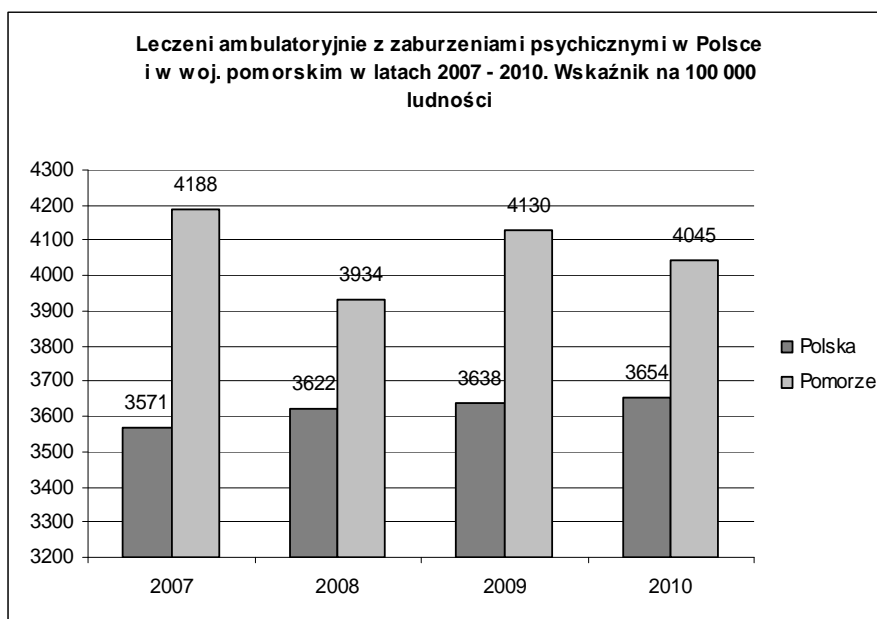
W wartościach bezwzględnych rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w województwie pomorskim odnotowane w latach 2007-2009 nieznacznie się obniżyło (o 0.9%), jednak zapadalność wzrosła o 8%. (ryc.1)



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

W lecznictwie ambulatoryjnym, w porównaniu z resztą kraju, stwierdza się tendencję wyższego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. W latach 2007-2010 wynosiła ona odpowiednio 117, 108, 113 i 111% średniej krajowej, pomimo odnotowanego spadku liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie w roku 2010 o 3,4% w porównaniu do roku 2007. (rys.2).

Ryc. 2. Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami psychicznym w latach 2007-2010

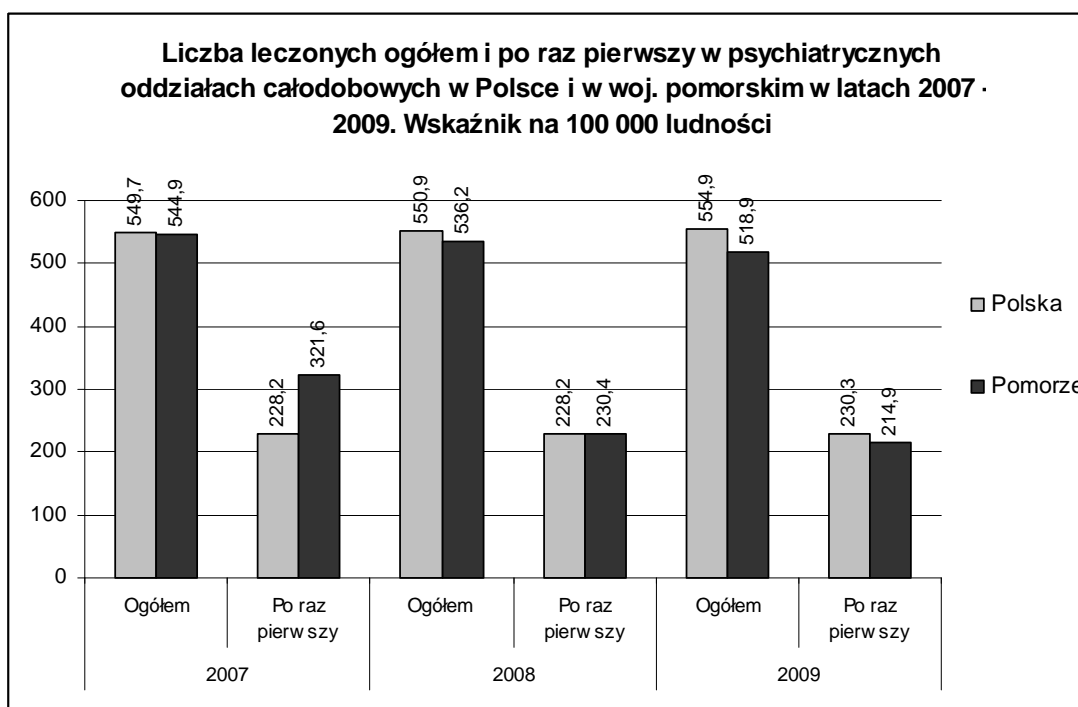


Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

W psychiatrycznej opiece stacjonarnej w analizowanych latach (2007-2009) leczono ogółem nieco mniej pacjentów, niż wynosi średni wskaźnik hospitalizacji dla Polski (od 0.9 do 6%) zaś wskaźnik chorych leczonych po raz pierwszy w latach 2007 i 2008 był wyższy o 29 i 1 %, aby w roku 2009 spaść o 6% w porównaniu do średniej krajowej. Jednocześnie warto zaznaczyć, iż w wartościach bezwzględnych liczba pacjentów hospitalizowanych wzrosła z 13 050 w roku 2007 do 13 964 w roku 2009.

Analizując powyższe dane w porównaniu ze zdecydowanie wyższymi wskaźnikami dotyczącymi opieki ambulatoryjnej można przyjąć, że jest to skutkiem: ograniczonej dostępności bazy szpitalnej, lepszej opieki ambulatoryjnej oraz zmieniającej się struktury dominujących rozpoznań w lecznictwie ambulatoryjnym (rys.3).

Ryc. 3. Liczba leczonych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych w latach 2007-2009



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Oceniając dane dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wg kategorii diagnostycznych w województwie pomorskim nie sposób nie podzielić opinii autorów NPOZP iż: „znacznym wzrost wskaźników zaburzeń psychicznych od 1990 roku spowodowany był zapewne zmianami ustrojowymi kraju, wymagającymi szybkiego dostosowania się do nowych warunków transformacyjnych”. Istotny wpływ miało też – jak piszą autorzy programu – wprowadzenie jednolitej klasyfikacji zaburzeń psychicznych – ICD-10 umożliwiającej porównywanie danych.

Przeprowadzona analiza pod kątem występowania rozpoznań na terenie województwa pomorskiego we wszystkich analizowanych latach 2007-2009 (z wyjątkiem roku 2008 w grupie rozpoznań F10) wskazuje, iż rozpowszechnienie zaburzeń jest wyższe w zakresie od 100,63% do 136,63% w stosunku do średniej krajowej i wynosi odpowiednio:

Tab. 2. Rozpoznania klasyfikacji ICD-10 w latach 2007 – 2009 w woj. pomorskim w stosunku do odpowiednich średnich krajowych

	2007	2008	2009
F00-F09	126,61%	115,12%	123,71%
F10	100,63%	87,77%	101,24%
F11-F19	108,42%	126,53%	104,71%
F20-F29	108,52%	102,11%	104,68%
F30-F39	136,63%	120,09%	124,51%
F40-F48	122,22%	111,90%	114,06%
F50-F98	105,60%	109,09%	111,09%

Opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Rozpoznania klasyfikacji ICD-10

F00-F09Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi

F10-Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem alkoholu

F 11-F19Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych

F20-F29Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe

F30-F39Zaburzenia nastroju [afektywne]

F40-F48Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną

F50-F59Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi

F60-F69Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych

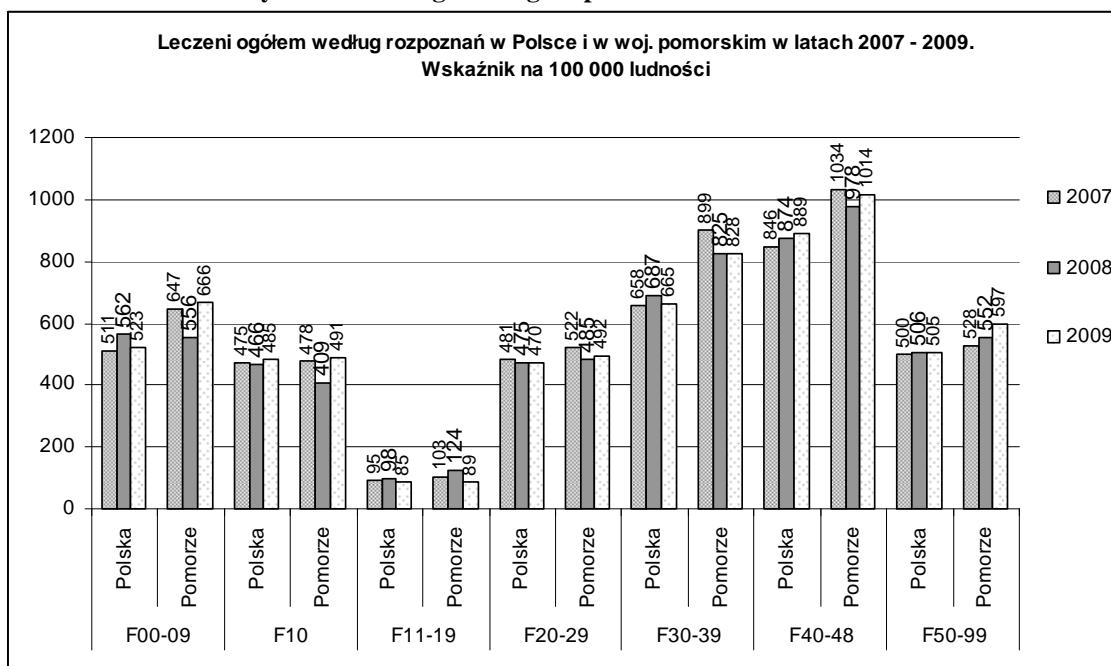
F70-F79Upośledzenie umysłowe

F80-F89Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)

F90-F98Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym

Zdecydowanie wyższe rozpowszechnienie (o ponad 15%) zaburzeń psychicznych, niż średnia krajowa jest szczególnie wyraźne w grupach organicznych zaburzeń psychicznych, afektywnych zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (rys.4).

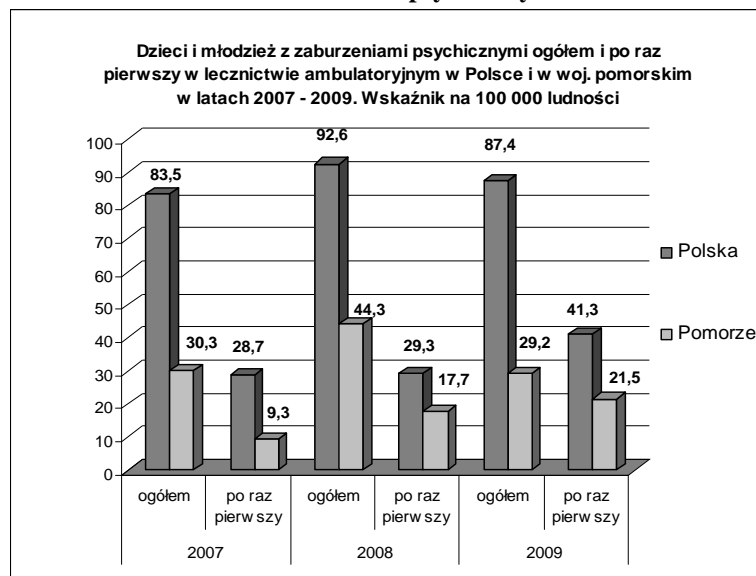
Rys. 4. Leczeni ogółem wg rozpoznań w latach 2007-2009



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Sytuacja opieki psychiatrycznej świadczonej na rzecz dzieci i młodzieży w województwie pomorskim jest od lat zła. Wskaźniki chorobowości i zapadalności są rażąco niższe, niż w kraju (30,3 vs 83,5), co jest wynikiem zdecydowanie gorszej dostępności do świadczeń specjalistycznych tej populacji pacjentów, ale nie uwzględniają one przypadków, które z powodu braku dostępności do leczenia pozostają nie monitorowane.

Ryc. 5. Dzieci i młodzież z zaburzeniami psychicznymi w latach 2007-2009



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Liczba leczonych ogółem pacjentów do 18 roku życia w województwie w roku 2009 zmniejszyła się - w porównaniu do roku 2007, a szczególnie do roku 2008 - mimo, iż zwiększyła się liczba osób zgłaszających się po raz pierwszy. Na przestrzeni 2007-2009 odnotowano wzrost ten o przeszło 100% z 9,3% do 21,5% (ryc. 5). Zjawisko to wynika najprawdopodobniej z niskich nakładów finansowych i szczupłości odpowiednio wyszkolonej kadry medycznej oraz braku specjalistycznych placówek. Deficyt jest szczególnie widoczny na terenach poza aglomeracją Trójmiasta.

Rozdział III - Epidemiologia zaburzeń psychicznych w powiatach województwa pomorskiego

Analiza podstawowych wskaźników epidemiologicznych prowadzona dla poszczególnych powiatów województwa pomorskiego wskazuje na znaczne różnice w rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych ogółem i w poszczególnych grupach rozpoznaw wg klasyfikacji ICD-10.

Należy zauważyć, iż prezentowane dane zostały zebrane w odmienny sposób, niż standardowo (to jest za pomocą druków MZ 15, MZ 19 oraz MZ 30, czyli wg miejsca udzielenia świadczeń) – dane wskazują miejsce zamieszkania pacjenta wg powiatów województwa pomorskiego.

Tab. 3. Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych na 10 tys. mieszkańców w powiatach województwa pomorskiego.

powiaty województwa pomorskiego	liczba pacjentów, wg miejsca zamieszkania, którym udzielono świadczeń na terytorium Polski	szacunek liczby pacjentów wg miejsca udzielenia świadczenia u świadczeniodawców województwa pomorskiego	wskaźnik rozpowszechnienia na 10 tys. ludności
pomorskie	98 387	96 077	439,17
średnia powiatów grodzkich	47 095	55423	495,96
Gdańsk	24 327	30773	532,36
Gdynia	11 022	12124	445,65
Słupsk + pow. słupski	10 308	10021	541,69
Sopot	1 896	2506	497,10
średnia powiatów ziemskich	51 292	40708	384,38
wejherowski	7 252	4798	370,71
tczewski	4 868	3457	427,84
sztumski	2 033	1702	489,08
starogardzki	5 897	6180	473,10
pucki	2 191	1222	224,15
nowodworski	1 230	810	344,54
malborski	3 139	2889	498,67
łęborski	2 356	1867	367,62
kwidzyński	3 549	2991	432,58
kościerski	2 491	2291	287,19
kartuski	4 362	3143	369,39
gdański	4 192	2364	437,99
człuchowski	2 137	1805	376,90
chojnicki	2 823	3112	301,97
bytowski	2 772	2076	363,93

Źródło: Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia – prezentowane dane uporządkowane są wg miejsca zamieszkania pacjenta. Oszacowano za pomocą wskaźnika korygującego liczbę pacjentów wg miejsca udzielania świadczeń jako, iż ilość rozpoznań w kwerendzie była większa niż liczba pacjentów, uwzględniając wszystkie rozpoznania pacjenta w danym roku kalendarzowym (2011).

Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych na 10 tys. osób w województwie pomorskim wynosi 439,17/10 tys. łącznie i jest najwyższy dla grupy zaburzeń nerwicowych

(166,6/10 tys.), afektywnych (124,1 /10 tys.) i organicznych (99/10 tys.). W województwie pomorskim najwyższe współczynniki rozpowszechnienia ogółem notuje się w powiecie grodzkim Słupsk (541,69,2/10 tys.) zaś najniższe w powiecie puckim (224,15,1/10 tys.).

Z analizy wynika, że rozpowszechnienie jest wyższe na terenie powiatów grodzkich (średnia 522,6 /10 tys.) a niższe w powiatach ziemskich (średnia 394,6/10 tys.) - podobnie dzieje się w każdej z rozpatrywanych grup jednostek chorobowych wg klasyfikacji ICD-10.

Do powiatów grodzkich zaliczono Gdańsk, Gdynię, Sopot oraz Słupsk .

W powiatach ziemskich najwyższy wskaźnik rozpowszechnienia występuje w powiecie malborskim (498,7/10 tys.). Wyższe wartości niż średnie wskaźniki dla powiatów ziemskich notuje się w powiecie sztumskim oraz starogardzkim, co najprawdopodobniej związane jest z lokalizacją na tych terenach szpitali/oddziałów psychiatrycznych.

Najmniejsze zróżnicowanie rozpowszechnienia w grupach jednostek chorobowych między powiatami ziemskimi i grodzkimi notuje się dla grupy zaburzeń z kręgu F50-F99 i uzależnienia od alkoholu zaś największe dla zaburzeń afektywnych.

Tab. 4. Wskaźnik zachorowalności na 10 tys. ludności w woj. pomorskim z podziałem na powiaty ziemskie i grodzkie.

POWIATY	Wskaźnik zachorowalności na 10 tys. ludności	F00-F09	F10	F11-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F49	F50-F99
ziemskie	394,6	90,8	76,5	7,9	62,5	89,6	152,7	74,2
grodzkie	522,6	112,3	93,3	17,5	79,8	170,4	190,3	80,7
pomorskie	439,2	99,0	73,1	10,4	69,2	124,1	166,6	77,4

Źródło: Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia – prezentowane dane uporządkowane są wg miejsca zamieszkania pacjenta uwzględniając wszystkie rozpoznania pacjenta w danym roku kalendarzowym (2011).

Analizując rozpowszechnienie jednostek chorobowych w poszczególnych powiatach województwa pomorskiego stwierdza się najwyższe rozpowszechnienie zaburzeń organicznych obserwuje się w powiecie sztumskim (154,4/10 tys.), najniższe w powiecie nowodworskim (54,1/10 tys.). Najwyższy odsetek zaburzeń psychicznych i zachowań spowodowanych używaniem alkoholu notuje się w mieście Słupsku (173/10 tys.) najniższy w wejherowskim (43,2/10 tys.). Uzależnienie od innych, niż alkohol substancji psychoaktywnych najwyższe jest w Sopocie (26,3/10 tys.), najniższe w powiecie starogardzkim (4,4)/10 tys.). Rozpowszechnienie zaburzeń z kręgu schizofrenii jest najwyższe w powiecie grodzkim Sopot (87,6/10 tys.),) zaś najniższe w puckim (46,4/10 tys.). Najwięcej zaburzeń afektywnych notuje się w Sopocie (229,9/10 tys.), najmniejsze

rozpowszechnienie jest w powiecie słupskim (56,4/10 tys.). W mieście grodzkim Słupsk dominują zaburzenia nerwicowe (240,4/10 tys.), zaś ich najmniejszy odsetek występuje w powiecie wejherowskim (87,7. /10 tys.), co ilustruje tabela nr 5.

Tab. 5. Wskaźnik zachorowalności na 10 tys. ludności dla województwa pomorskiego z podziałem na jednostki ICD-10 i powiaty województwa pomorskiego

POWIAT	Wskaźnik zachorowalności na 10 tys. ludności	F00-F09	F10	F11-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F49	F50-F99
bytowski	363,9	90,6	55,9	10,0	59,7	65,6	117,4	67,2
chojnicki	300,8	73,4	72,8	5,1	66,5	75,9	153,7	62,5
człuchowski	376,9	81,3	102,5	15,2	74,3	72,1	155,6	81,0
gdański	438,0	79,9	56,9	8,7	57,7	120,1	205,1	67,1
kartuski	369,4	77,2	56,2	8,2	62,2	100,9	136,6	59,1
kościerski	362,4	70,4	78,0	4,8	63,4	96,7	113,2	49,3
kwidziński	432,6	80,3	76,7	5,4	65,9	74,4	211,1	69,8
łęborski	367,6	101,0	80,7	6,4	62,4	58,0	114,2	85,0
malborski	498,7	128,8	114,1	11,3	70,5	88,3	234,2	80,1
nowodworski	344,5	54,1	80,1	11,2	49,9	106,7	103,6	60,8
pucki	281,1	59,9	33,6	4,6	46,4	88,8	99,9	59,4
słupski	416,9	86,0	112,9	9,8	56,3	56,4	131,5	109,7
starogardzki	473,1	105,3	94,2	4,4	69,9	78,1	215,9	97,1
tczewski	427,8	122,8	71,4	5,2	60,9	123,6	133,8	98,3
wejherowski	370,7	87,5	43,2	6,7	69,3	143,8	87,8	61,5
sztumski	489,1	154,4	95,0	8,9	62,3	83,7	229,0	78,9
Gdańsk	532,4	122,0	67,0	16,4	81,7	192,2	220,7	78,3
Gdynia	445,7	88,1	48,2	11,8	74,7	154,4	143,1	85,8
Słupsk	615,2	148,1	173,0	18,2	75,1	105,2	240,4	105,1
Sopot	497,1	91,2	84,9	23,6	87,6	229,9	157,0	53,7
Suma końcowa	439,2	99,0	73,1	10,4	69,2	124,1	166,6	77,4

Źródło: Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia – prezentowane dane wg miejsca zamieszkania pacjenta. Liczba rozpoznań jest większa niż liczba pacjentów, gdyż uwzględnia wszystkie rozpoznania pacjenta w danym roku kalendarzowym (2011)

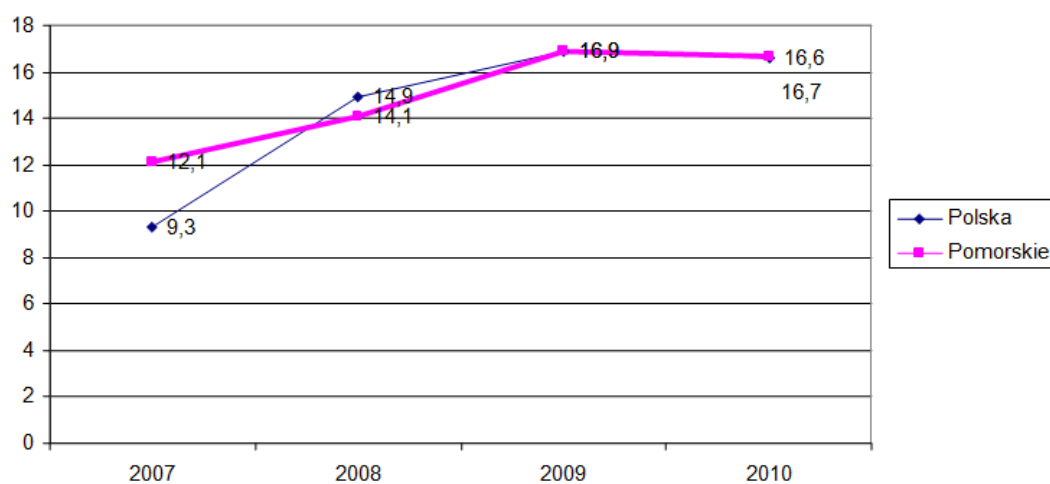
Należy wskazać, iż znaczne zróżnicowanie wskaźników zachorowalności pomiędzy powiatami województwa pomorskiego – szczególnie w przypadkach statystycznie znamienych (powyżej 2 odchyień od średniej wojewódzkiej) - wymaga dalszej pogłębionej analizy w programach tworzonych na poziomie lokalnym.

Szczególnie narażeni na samobójstwo są osoby o dużym natężeniu poczucia winy, beznadziejności, beznadziejności, niska samoocena, wysoki poziom lęku, wiek większy

niż 45 r. życia, mężczyzna – najczęściej rozwiedziony lub owdowiały, samotność, zła sytuacja materialna, utrata pracy, próby samobójcze w przeszłości, utrata bliskich.

Ryc. 6. Wskaźnik samobójstw w województwie pomorskim

Wskaźnik samobójstw na 1 000 000 ludności w województwie pomorskim w latach 2007 - 2010



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Rozdział IV - Ocena zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej woj. pomorskiego

1. Baza materialna i struktura podmiotów

Założenia merytoryczne NPOZP są następujące: opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi powinna opierać się na współpracy Centrów Zdrowia Psychicznego, wsparcia społecznego i aktywizacji zawodowej.

Centrum Zdrowia Psychicznego ma obejmować swoją opieką mieszkańców powiatu lub jednej dzielnicy, ewentualnie kilku dzielnic miasta przy założeniach: 1 CZP na 50 tys. mieszkańców. Z zasady oddział szpitalny winien być sytuowany przy najbliższym szpitalu ogólnym, natomiast 1 zespół kryzysowy, działający na zasadach Pogotowia Ratunkowego, powinien zostać utworzony w mieście powyżej 250 tys. mieszkańców.

Elementy struktury Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) prezentuje graficznie przedstawiona poniżej rycina 7. Jednocześnie CZP mają działać w obrębie zarządzanego przez samorząd województwa lokalnego Zespołu Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego schemat przedstawiony jest na rycinie 8.



Źródło: opracowanie własne na podstawie NPOZP



Źródło: opracowanie własne na podstawie NPOZP

W świetle powyższych założeń teoretycznych system opieki psychiatrycznej województwa pomorskiego opiera się na przestarzałym modelu organizacyjnym. Istnieje w województwie pomorskim tylko jedna jednostka dysponująca wszystkim elementami CZP. Dużą trudność stanowi powołanie stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych w strukturach szpitali ogólnych i do czasu realizacji tego postulatu przewiduje się, iż zapleczem opieki stacjonarnej pozostanie Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Starogardzie Gdańskim i Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. Bilikiewicza w Gdańsku.

Tab. 6. Proponowana według NPOZP liczba i lokalizacja Centrów Zdrowia Psychicznego dla dorosłych i dla dzieci/młodzieży w województwie pomorskim *

Powiat	Liczba ludności w 2010 r.	Proponowana liczba Centrów Zdrowia Psychicznego dla dorosłych **	Proponowana liczba Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci***
POMORSKIE	2240319	43	25
Powiat gdański	95710	2	1
Powiat kartuski	118087	2	1
Powiat nowodworski	35700	1	1
Powiat pucki	77947	1	1
Powiat wejherowski	195622	4	2
Powiat bytowski	76168	1	1
Powiat chojnicki	93847	2	1
Powiat człuchowski	56700	1	1
Powiat lęborski	64088	1	1
Powiat słupski	93640	2	1
Powiat m. Słupsk	96655	2	1
Powiat kościerski	68738	1	1
Powiat kwidzyński	82042	2	1
Powiat malborski *	62948	1	1
Powiat starogardzki	124646	2	1
Powiat tczewski	113781	2	1
Powiat sztumski *	41568	1	1
Powiat m. Gdańsk	456967	9	4
Powiat m. Gdynia	247324	5	2
Powiat m. Sopot	38141	1	1

Źródło: opracowanie własne

* przyjęto założenie, że CZP powinny funkcjonować na terenie każdego powiatu

** przy obliczeniach przyjęto wskaźnik 1 CZP/50 tys. mieszkańców

***przy obliczeniach przyjęto wskaźnik 1 CZP/100 tys. mieszkańców

Szczegółowe dane dotyczące obecnie funkcjonujących jednostek opieki psychiatrycznej i potrzeby województwa prezentuje tab. 9 i tab. 10. Dane zawarte w tych tabelach (potrzeby) prezentują jednak ściśle wyliczenia według wskaźników Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Nie oznacza to jednak, że w każdym powiecie powinny być tworzone wszystkie struktury. Informacje na temat propozycji lokalizacyjnych poszczególnych struktur psychiatrycznej opieki środowiskowej znajdują się w dalszej części podrozdziału (tab. 7 i 8)

Sieć Poradni Zdrowia Psychicznego dla dorosłych województwa pomorskiego można uznać za wystarczającą pod warunkiem zaistnienia innych form opieki środowiskowej. Znaczne deficyty miejsc dziennych występują w powiecie: bytowskim, człuchowskim, gdańskim, kartuskim, kościerskim, kwidzyńskim, lęborskim, nowodworskim, puckim, sztumskim, wejherowskim, i Słupsku. Brak zespołów leczenia środowiskowego dotyczy powiatów: bytowskiego, człuchowskiego, kartuskiego, kwidzyńskiego, lęborskiego, malborskiego, nowodworskiego, puckiego, sztumskiego, wejherowskiego i Sopotu.

Struktura pomocy psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jest daleko niewystarczająca – PZP dla dzieci istnieją tylko w powiecie kartuskim, starogardzkim, Gdańsku, Gdyni i Słupsku. Województwo dysponuje miejscami w oddziale dziennym dla młodzieży tylko w Gdańsku, brak jest oddziału dziennego dla dzieci. Łóżka stacjonarne dla młodzieży znajdują się w powiecie starogardzkim i Gdańsku, dla dzieci istnieje tylko 11 łóżek opieki stacjonarnej w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym. Nie są kontraktowane zespoły leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży. Co istotne, szczególnie w terapii najmłodszych pacjentów, nie ma ambulatoriów terapii rodziny. Brakuje także w województwie pomorskim Ośrodka Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej z możliwością hostelowego pobytu, edukacji i terapii długoterminowej dla dzieci i młodzieży.

W województwie pomorskim występuje nieco większa niż założona w projekcie *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* liczba miejsc opieki stacjonarnej. Zauważyć jednak należy, że województwo dysponuje 150 łózkami o podstawowym i wzmocnionym zabezpieczeniu dla dorosłych i nieletnich, które przyjmują pacjentów także z województw ościennych i stanowią centrum psychiatrii sądowej dla makroregionu północnej Polski. Łóżka psychiatryczne skupione są przede wszystkim w Szpitalu dla Psychiczenie i Nerwowo Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim i Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku.

Łóżka psychiatryczne nie są rozłożone równomiernie i w większości powiatów brak jest oddziałów zlokalizowanych przy szpitalach ogólnych w każdym z pomorskich powiatów.

Tab. 7. **Propozycja lokalizacji i liczby miejsc** w placówkach **dla dorosłych** z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim

Powiaty razem	Liczba miejsc stacjonarnych *	Powiat	Liczba miejsc dziennych**/****	Powiat	Liczba zespołów środowiskowych***/***
Miasto Gdańsk, Powiat Gdański, Powiat Nowodworski	240	Powiat gdański	27	Powiat gdański	1
		Powiat kartuski	33	Powiat kartuski	2
		Powiat nowodworski	9	Powiat nowodworski	1
Miasto Gdynia, Miasto Sopot, Powiat Wejherowski, Powiat Pucki	200	Powiat pucki	21	Powiat pucki	1
		Powiat wejherowski	57	Powiat wejherowski	4
		Powiat bytowski	22	Powiat bytowski	1
Powiat Malborski, Powiat Sztumski, Powiat Kwidzyński Powiat Tczewski, Powiat Starogardzki, Powiat Chojnicki, Powiat Człuchowski Powiat Kartuski, Powiat Kościerski	300	Powiat chojnicki	27	Powiat chojnicki	2
		Powiat człuchowski	15	Powiat człuchowski	1
		Powiat lęborski	18	Powiat lęborski	1
		Powiat słupski	27	Powiat słupski	2
		Miasto Słupsk	30	Miasto Słupsk	2
		Powiat kościerski	21	Powiat kościerski	1
		Powiat kwidzyński	24	Powiat kwidzyński	2
		Powiat malborski	18	Powiat malborski	1
		Powiat starogardzki	36	Powiat starogardzki	2
Miasto Słupsk, Powiat Słupski, Powiat Bytowski, Powiat Lęborski	120	Powiat tczewski	33	Powiat tczewski	2
		Powiat sztumski	12	Powiat sztumski	1
		Miasto Gdańsk	135	Miasto Gdańsk	9
		Miasto Gdynia	72	Miasto Gdynia	5
		Miasto Sopot	12	Miasto Sopot	1

Źródło: opracowanie własne

* zgodnie ze wskaźnikiem NPOZP - 4 miejsca na 10 tys. mieszkańców, ** zgodnie ze wskaźnikiem NPOZP - 3 miejsca na 10 tys. mieszkańców, *** zgodnie ze wskaźnikiem NPOZP - 1 zespół na 50 tys. mieszkańców, **** przyjęto założenie, że oddziały dzienne i ZŁŚ powinny funkcjonować na terenie każdego powiatu

Tab. 8. **Propozycja lokalizacji i liczby miejsc** w placówkach **dla dzieci i młodzieży** z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim

Powiaty razem	Liczba miejsc stacjonarnych*	Powiaty razem	Liczba miejsc dziennych**	Powiat razem	Liczba zespołów środowiskowych****
Miasto Gdańsk, Powiat Gdański, Powiat Nowodworski	24	Powiat gdański	10	Powiat gdański, Powiat nowodworski	1
		Powiat kartuski, Powiat kościerski	18		
Miasto Gdynia, Miasto Sopot, Powiat Wejherowski, Powiat Pucki	22	Powiat pucki, Powiat wejherowski	26	Powiat pucki Powiat wejherowski	2
		Powiat bytowski, Powiat chojnicki, Powiat człuchowski	20	Powiat bytowski	2
Powiat Tczewski, Powiat Starogardzki, Powiat Malborski, Powiat Sztumski, Powiat Kwidzyński	16	Powiat łęborski, Miasto Słupsk, Powiat Słupski	25	Powiat łęborski Powiat słupski	2
		Powiat kwidzyński, Powiat malborski, Powiat starogardzki, Powiat tczewski, Powiat sztumski	42	Miasto Słupsk Powiat kościerski	2
Powiat Kartuski, Powiat Kościerski, Powiat Chojnicki, Powiat Człuchowski	12	Miasto Gdańsk, Powiat nowodworski	45	Powiat kwidzyński Powiat malborski Powiat starogardzki	3
				Powiat tczewski Powiat sztumski	
Miasto Słupsk, Powiat Słupski, Powiat Bytowski, Powiat Łęborski	12	Miasto Gdynia, Miasto Sopot	30	Miasto Gdynia, Miasto Sopot	1

Źródło: opracowanie własne

* zgodnie ze wskaźnikiem NPOZP - 0,4 miejsca na 10 tys. mieszkańców, ** zgodnie ze wskaźnikiem NPOZP - 1 miejsca na 10 tys. mieszkańców, *** zgodnie ze wskaźnikiem NPOZP - 1 zespół na 150 tys. mieszkańców

Tab. 9. Lecznictwo psychiatryczne dla dorosłych – stan na dzień 30 czerwiec 2012 r. ***

Powiat	Liczba Poradni Zdrowia Psychicznego dla dorosłych	Potrzeby wg NPOZP	Liczba miejsc dziennych	Wg NPOZP powinno być	Liczba miejsc stacjonarnych	Wg NPOZP powinno być	ZLŚ	Wg NPOZP powinno być	Liczba miejsc ZOL	Wg NPOZP powinno być
Bytowski	2	0		22		30		1	10	8
Chojnicki	2		13	27	21	36	1	2		9
Człuchowski	2			15	19	22		1		5
Gdański	2			27		30	1	1		9
Kartuski	2			33		48		2	35	11
Kościerski	2			21	30	28	1	1		7
Kwidzyński	3			24	50	32		2		8
Lęborski	1			18	40	25		1		6
Malborski	1			18		24		1		6
Nowy Dwór Gdański	1			9		14		1		4
Pucki	2			21		30		1		8
Starogardzki	2			12	661 *	48	1	2	52	12
Sztumski	1					16		1		4
Tczewski	4			9		44	1	2		11
Wejherowski	4					80		4		19
M. Gdańsk	17			103	337**	180	1	9		45
M. Gdynia	6			44		100	2	5		24
M. Słupsk + słupski	3			20	68	80	1	4	128	19
Sopot	2			16		16		1		4

Źródło: opracowanie własne (diagnoza - na podstawie danych NFZ)

* w tym liczba łóżek o podstawowym i wzmocnionym zabezpieczeniu dla dorosłych – 106 łóżek, ** w tym, liczba łóżek o podstawowym zabezpieczeniu – 20, *** potrzeby wyliczone zgodnie ze wskaźnikami NPOZP, nie oznaczają jednak konieczności utworzenia w każdym powiecie, każdej struktury w określonej.

Tab. 10. Lecznictwo psychiatryczne dla dzieci – stan na dzień 30 czerwiec 2012 r. **

Powiat	Liczba Poradni Zdrowia Psychicznego dla dzieci	Potrzeby wg NPOZP	Liczba miejsc dziennych	Wg NPOZP powinno być	Liczba miejsc stacjonarnych	Wg NPOZP powinno być	ZLŚ	Potrzeby wg NPOZP		
Bytowski	1	Jedna poradnia na 150 000 ludności		7		3	0	Jeden Zespół na 150 000 ludności		
Chojnicki				9		4				
Człuchowski				5		2				
Gdański				9		4				
Kartuski				11		5				
Kościerski				7		3				
Kwidzyński				8		3				
Lęborski				6		3				
Malborski				6		3				
Nowy Dwór Gdański				3		1				
Pucki				8		3				
Starogardzki				1		12			38 *	5
Sztumski				4		2				
Tczewski				11		5				
Wejherowski				19		8				
M. Gdańsk	4	40	30	18						
M. Gdynia	1	24	10							
M. Słupsk + słupski	3	19	8							
Sopot	5	2								

Źródło: opracowanie własne (diagnoza - na podstawie danych NFZ)

* w tym 24 łóżka na Oddziale Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich, ** potrzeby wyliczono zgodnie ze wskaźnikami NPOZP, nie oznacza to jednak konieczności utworzenia w każdym powiecie, każdej struktury w określonej ilości.

2. Zasoby kadrowe województwa pomorskiego

Tab. 11. Zawody wyszczególnione w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego

Zawód	Stan obecny	Oczekiwania NPOZP	Brakuje (w osobach)	Brakuje w %
Psychiatrzy*	199	220	21	10
Psychiatrzy dzieci i młodzieży*	15	22	7	32
Psychologowie kliniczni**	94	209	115	55,0
Pracownicy socjalni**	31	220	189	85,9
Pielęgniarki**	645	770	125	16,2
Terapeuci zajęciowi**	85	176	91	51,7
Psychoterapeuci z certyfikatem**	79	44	0	0
Specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień**	142	110	0	0

Źródła informacji: * Okręgowa Izba Lekarska (uwzględniono osoby wykonujące aktualnie zawód)
** POW NFZ (stan na dzień 30 czerwiec 2012 r.)

W tabeli nr 11 opisane zostały dane na temat zasobów kadrowych pomorskiej opieki psychiatrycznej. Liczba lekarzy psychiatrii dla dorosłych jest zadowalająca. Według opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży większy problem występuje w tej dziedzinie. Duży problem odczuwa się w przypadku psychologów klinicznych zajmujących się dziećmi a to właśnie psychologowie kliniczni powinni stanowić pierwsze ogniwo w łańcuchu leczenia młodocianych pacjentów. Podobna sytuacja występuje w przypadku psychoterapeutów zajmujących się dziećmi i młodzieżą.

Wobec ograniczonej liczby miejsc specjalizacyjnych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym dla psychologów klinicznych dla dorosłych również ta grupa zawodowa nie spełnia wskaźników określonych przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Należy więc podjąć starania o zwiększenie ilości miejsc w tym zakresie. Jest to zasadne tym bardziej, że wiele osób obecnie specjalizujących się w tej dziedzinie na GUM, pochodzi spoza województwa pomorskiego i jest niewielkie prawdopodobieństwo, że osoby te zasilą kadre Pomorza.

Nieco lepsza sytuacja występuje w przypadku pielęgniarek zatrudnionych w psychiatrycznej ochronie zdrowia, jednak nie jest to sytuacja zadowalająca. Już w tej chwili brakuje ok. 16 % personelu pielęgniarskiego, a biorąc pod uwagę pogłębiający się deficyt kadry pielęgniarskiej w skali ogólnopolskiej, należy przypuszczać, że w niedalekiej przyszłości tendencja ta będzie się nasilać. Należy więc podjąć działania zmierzające do poprawy sytuacji. Istotnym problemem województwa pomorskiego jest także zbyt mała liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii (wg danych POW NFZ są to tylko 3 osoby).

Mimo potrzeby i zainteresowania nie ma możliwości szkolenia specjalistów opieki psychiatrycznej, ponieważ Rozporządzenie Ministra Zdrowia ogranicza liczbę miejsc szkoleniowych proporcją szkolonych do specjalistów zatrudnionych w jednostkach akredytowanych. Dodatkowo Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadza wymogi dla placówek zapewniających opiekę psychiatryczną, aby jedynie współpracowały w tym zakresie ze specjalistą psychiatrii bądź psychologii klinicznej ew. z osobami będącymi specjalizantami ostatnich lat specjalizacji, co dodatkowo nasila trudności kadrowe (automatycznie redukuje to liczbę placówek, które mogłyby rozwijać środowiskowy model leczenia psychiatrycznego).

Istotne jest podjęcie starań o zmianę zarówno rozporządzeń w odniesieniu do specjalizacji lekarskich i psychologicznych. W przypadku specjalizacji psychiatrycznej dzieci i młodzieży i psychologii klinicznej warto rozważyć możliwość uruchomienia miejsc specjalizacyjnych poza Gdańskim Uniwersytetem Medycznym np. w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim. Akredytacja do prowadzenia tych specjalizacji byłaby niewątpliwie docenieniem całokształtu działalności Szpitala, jego potencjału kadrowego oraz możliwości prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego ze względu na wysoki poziom merytoryczny udzielanych świadczeń, bazę oddziałów specjalistycznych, a także szerokie doświadczenia w realizowaniu różnych form opieki i leczenia.

W przypadku modelu psychiatrii środowiskowej należy pamiętać, że model ten opiera się na pracy zespołowej wielospecjalistycznej kadry, tworzącej zespoły terapeutyczne. W procesie leczenia istotna jest zarówno rola lekarza psychiatrii, psychologa klinicznego, pielęgniarki czy pracownika socjalnego.

Istotnym problemem kadry psychiatrycznej w województwie pomorskim jest brak wyspecjalizowanych w zakresie psychiatrii pracowników socjalnych. Z analizy zasobów wynika, że brakuje w województwie ok. 85 % pracowników socjalnych. Należy więc podjąć wszelkie niezbędne działania, zwłaszcza przez organy pomocy i polityki społecznej a także przez NFZ by sytuacja ta w możliwie najkrótszym czasie uległa zmianie.

Znacznym problemem województwa pomorskiego jest duża koncentracja specjalistów w zakresie leczenia psychiatrycznego w aglomeracji trójmiejskiej na niekorzyść terenów położonych w południowej i zachodniej części regionu.

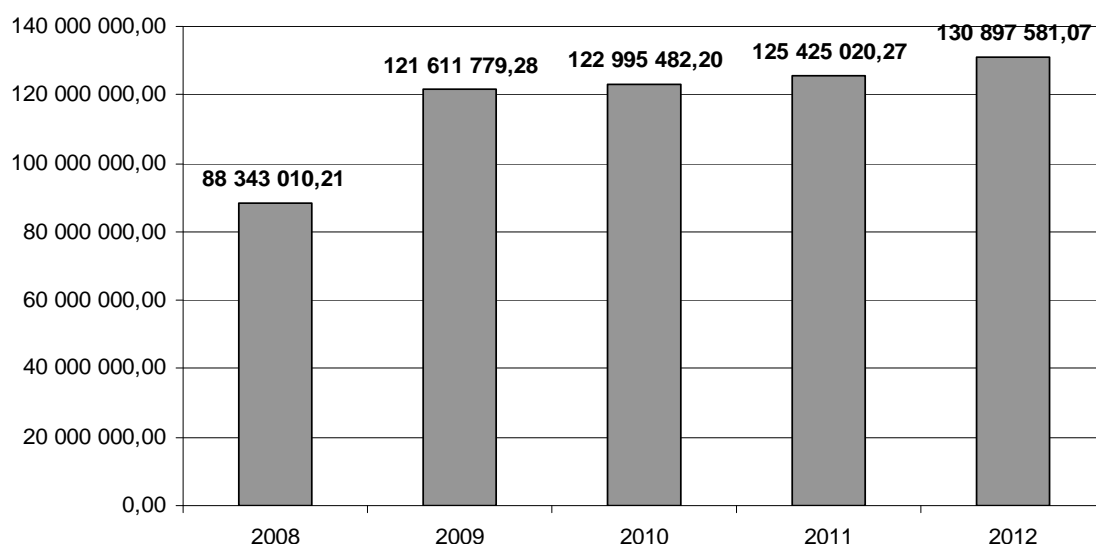
3. Finansowanie świadczeń psychiatrycznych w województwie pomorskim

3.1 Globalne nakłady na leczenie psychiatryczne w woj. pomorskim

Całkowite nakłady finansowe publicznego płatnika w rodzaju leczenie psychiatryczne i uzależnień na przestrzeni analizowanych lat 2010-2012 wzrosły z 122 995 82 zł do 130 817 658 zł i wynoszą one 3.4% kosztów ogólnych Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, przy średniej krajowej wynoszącej 3.2%. (ryc.9)

Ryc. 9

Globalne nakłady na leczenie psychiatryczne w województwie pomorskim w latach 2008 - 2012



Źródło: Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia *

* w tym świadczenia psychiatrii sądowej: 2008 r. - 4 305 876,00 zł; 2009 r. - 7 686 360,00 zł; 2010 r. - 10 654 169,00 zł; 2011 r. - 12 105 300,80 zł; 2012 r. - 12 016 416,00 zł.

Jednocześnie należy zauważyć, iż średnioroczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych wynosiły wg GUS w poszczególnych latach 2008 - 4,2%, 2009 - 3,5%, 2010 - 2,6%, 2011 - 4,3%. Uwzględniając te dane należy zauważyć, że realny wzrost nakładów na leczenie psychiatryczne i uzależnień miał miejsce w roku 2009. W kolejnych latach wzrost nakładów finansowych kompensował tylko wskaźniki inflacji.

Obserwowany wzrost nakładów na przestrzeni lat 2008-2012, których skutkiem było zwiększenie wartości umów dotyczył w znakomitej większości świadczeń stacjonarnych udzielanych w szpitalach (zwłaszcza z zakresu psychiatrii sądowej) i zakładach opiekuńczo-leczniczych (o ponad 24 mln zł łącznie). Należy wskazać także na fakt, iż świadczenia psychiatrii sądowej mają charakter ponadregionalny i udzielane są także pacjentom

spoza województwa pomorskiego. Szacunkowo dotyczy to ponad 40 % hospitalizowanych sędowo-psychiatrycznie.

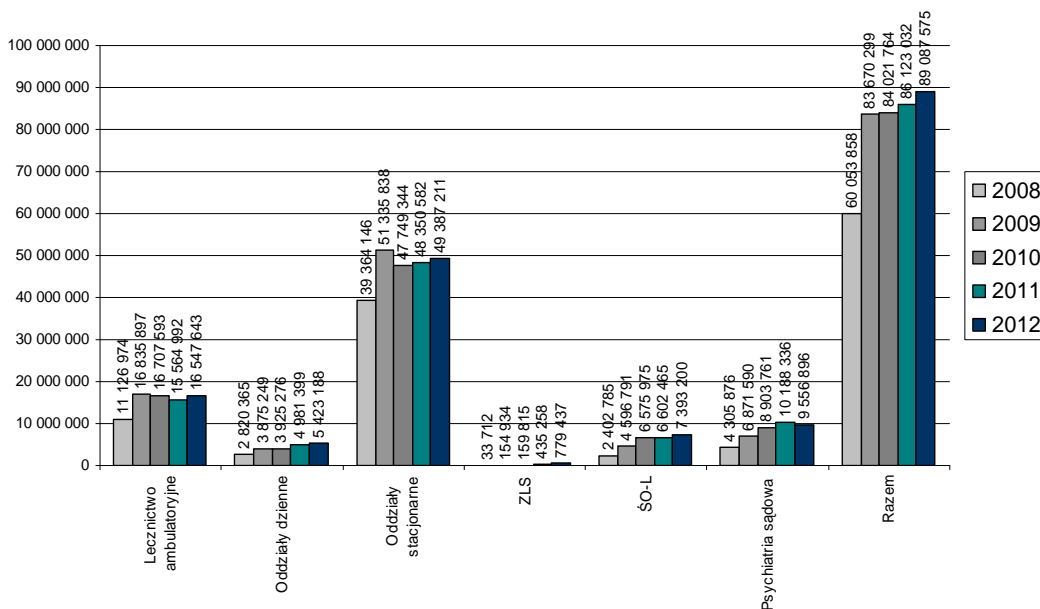
Wyższe umowy zawarto także na świadczenia zespołów leczenia środowiskowego (o 0,74 mln zł), oddziałów dziennych (o 3 mln zł) oraz wszystkich form opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą (łącznie o 5 mln zł).

Pozytywnie należy ocenić fakt wzrostu nakładów na formy opieki pośredniej – świadczenia zespołów dziennych (4.85% całości nakładów w 2012r.) i zespołów opieki środowiskowej (0.6% całości nakładów w 2012r.), jednak nadal odsetek alokowanych tam środków jest niewystarczający dla wprowadzenia w życie założeń opieki środowiskowej. Niepokoi realne obniżenie nakładów (kwotowe i wywołane inflacją) na świadczenia poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych w stosunku do roku 2009, jako że jest to podstawowa forma ambulatoryjnego zabezpieczenia zdrowia psychicznego mieszkańców województwa pomorskiego.(ryc.10 i 11)

Mimo, iż nastąpił wzrost nakładów na opiekę specjalistyczną dla dzieci i młodzieży, jej kondycja jest zła, co wyraża się zarówno w braku rozwoju nowych form opieki, jak i liczbie ośrodków.

Ryc. 10. Łączna wartość umów w leczeniu psychiatrycznym dla dorosłych

Wartość zakontraktowanych świadczeń w psychiatrycznym leczeniu dorosłych w województwie pomorskim w latach 2008 - 2012



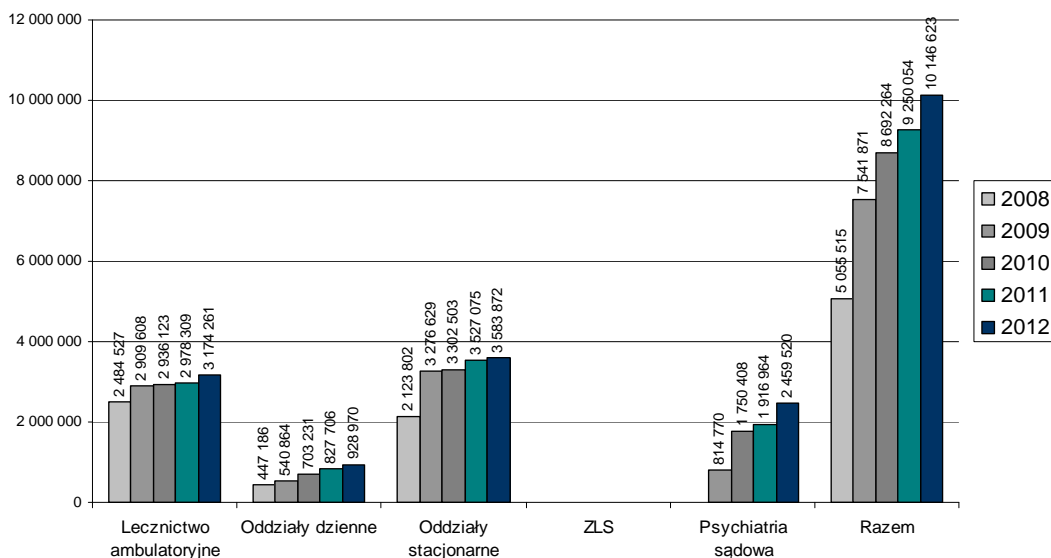
Źródło: Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Legenda:

Lecznictwo ambulatoryjne = świadczenia w poradni zdrowia psychicznego + świadczenia w poradni leczenia nerwic + świadczenia w poradni psychologicznej

Ryc.11. Łączna wartość umów w lecznictwie psychiatrycznym dla dzieci

Wartość zakontraktowanych świadczeń w psychiatrycznej opiece **dzieci i młodzieży** w województwie pomorskim w latach 2008 - 2012



Źródło: Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

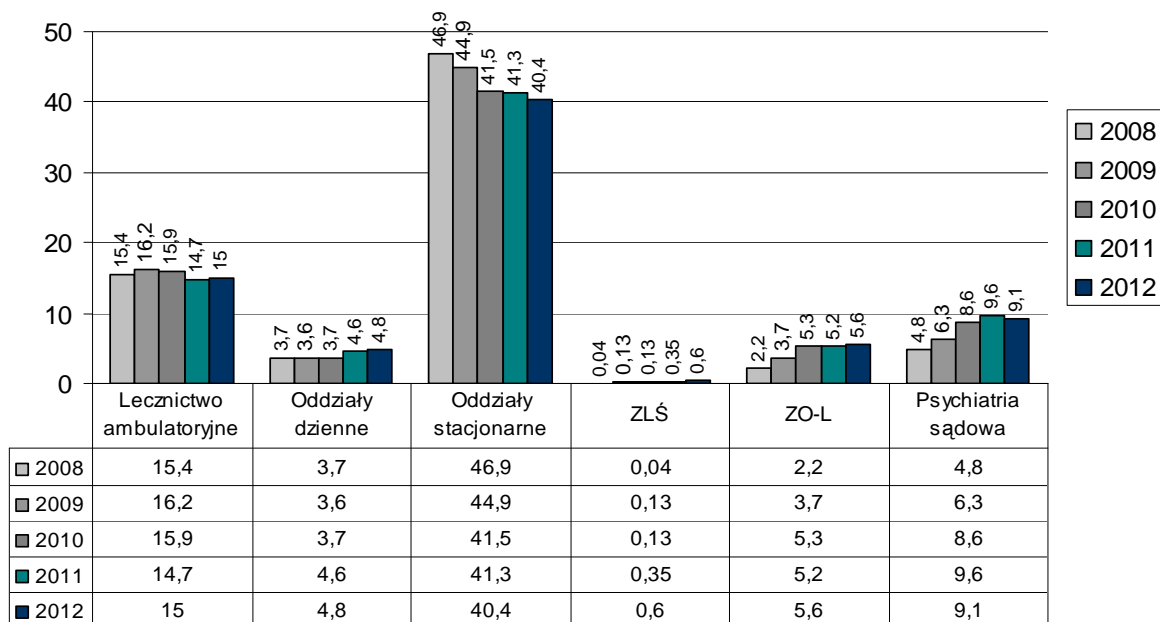
Legenda: Lecznictwo ambulatoryjne = świadczenia w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży + świadczenia w poradni dla osób z autyzmem dziecięcym

Założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wskazują, iż winna zmienić się struktura wydatków publicznego płatnika na rzecz wzmocnienia finansowania opieki ambulatoryjnej i wszystkich form leczenia pacjenta w jego środowisku.

Wieloletnia analiza finansowa (2008-2012) struktury procentowej nakładów ponoszonych przez publicznego płatnika w poszczególnych zakresach opieki psychiatrycznej i uzależnień w pomorskim wskazuje na niepokojące zjawisko - względnie stałej struktury wydatków. Na przestrzeni 5 lat nakłady zarówno na szeroko pojęte formy środowiskowe (świadczenia ambulatoryjne, oddziałów dziennych oraz zespołów leczenia środowiskowego), podobnie jak formy stacjonarne (świadczenia szpitalne, psychiatrii sądowej i zol) wzrosły każde o 1.2% budżetu. Taka właściwie stała w czasie struktura finansowania konserwuje przestarzały model organizacyjny lecznictwa psychiatrycznego województwa pomorskiego (ryc.12).

Ryc. 12
Nakłady w poszczególnych zakresach w stosunku do nakładów na środki ogółem w psychiatrii –
analiza wieloletnia

Procentowy udział kosztów form leczenia psychiatrycznego w woj. pomorskim ogółem w latach 2008 - 2012 (bez lecznictwa uzależnień)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych POW NFZ

Uwaga: tabela uwzględnia koszty lecznictwa psychiatrycznego dorosłych oraz dzieci i młodzieży, bez uwzględnienia lecznictwa uzależnień.

3.2 Średnie ceny punktów w poszczególnych zakresach w porównaniu z krajem

Wartości średnich ceny punktu w poszczególnych zakresach psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej w województwie pomorskim są niższe, niż w kraju (z wyjątkiem świadczeń stacjonarnych dla dzieci i młodzieży), od 2 do 11%. Na poziomie krajowym pozostaje cena punktu w zespołach lecznictwa środowiskowego oraz świadczeniach opiekuńczo-leczniczych. Zjawiskiem wybitnie niekorzystnym jest niska cena punktu dla świadczeń opieki ambulatoryjnej, w szczególności nad dziećmi. Porównując lata 2011 do 2012 należy wskazać, że w zakresach ambulatoryjne świadczenia zdrowia psychicznego dla dorosłych, świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży średnie ceny punktu nieznacznie wzrosły, zaś w zakresach: leczenie środowiskowe (domowe), świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży stacjonarne zmalały.

Tab.12. Średnie wartości za punkt rozliczeniowy w opiece psychiatrycznej w województwie pomorskim i w Polsce w latach 2011 – 2012 w złotych

Zakres świadczeń	Średnie wartości za punkt w woj. pomorskim		Średnie wartości za punkt w Polsce	
	2011	2012	2011	2012
Świadczenia zdrowia psychicznego dla dorosłych	7,57	7,77	8,3	8,36
Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	8,22	8,72	8,94	8,94
Świadczenia dzienne psychiatryczne stacjonarne	10,08	10,08	10,19	10,56
Leczenie środowiskowe (domowe)	9	8,89	8,91	8,85
Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych	8,98	8,98	8,46	8,86
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	7,78	7,85	8,77	8,8
Świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju	8	8	8,56	8,4
Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży stacjonarne	12,38	12,36	11,08	11,37
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	9,2	9,2	9,2	10,13

Źródło: Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

3.3 Finansowanie a wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w poszczególnych powiatach województwa pomorskiego

Trudno jednoznacznie określić najważniejszy parametr pozwalający na racjonalne planowanie finansowania świadczeń psychiatrycznych w powiatach województwa pomorskiego jednak zdecydowanie należy wskazać, powinien on uwzględniać wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych i migracji pacjentów obok wskaźnika wartości zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ludności. Obecnie (na podstawie analizy danych POW NFZ dotyczących świadczeń wykonanych we wszystkich kontraktowanych zakresach w roku 2011) w powiatach ziemskich, gdzie obserwuje się niższe rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wartość udzielonych świadczeń pojedynczemu pacjentowi z uwzględnieniem migracji jest średnio wyższa, niż w powiatach grodzkich (188,61 zł v. 143,03 zł). Wskaźniki nie uwzględniające migracji przedstawiają się odwrotnie – 168, 54 zł dla powiatów grodzkich do 150,98 zł dla ziemskich. Analiza przeprowadzona została dla świadczeń poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych, gdyż tylko ta forma leczenia jest obecna we wszystkich powiatach (z wyjątkiem słupskiego) a jednocześnie, jako jedyna może przyjmować pacjentów w każdym przedziale wiekowym i ze wszystkimi psychiatrycznymi jednostkami chorobowymi.

Najbardziej nasiloną migracją (to jest udzielanie świadczeń pacjentom spoza własnego powiatu) widoczna jest w Gdańsku i dotyczy ok. 6000 pacjentów a także w znacznie mniejszym stopniu Gdyni, Sopotu, powiatu starogardzkiego i chojnickiego. Pacjenci z powiatu puckiego, gdańskiego i nowodworskiego korzystają ze świadczeń opieki psychiatrycznej poza swym powiatem najczęściej.

Tab.13. Ocena migracji pacjentów w powiatach województwa pomorskiego

POWIATY	Wskaźnik rozpowszechnienia na 10 tys. ludności	Wartość świadczeń łącznie w powiatach w zł (1700)***	Wskaźnik wartości zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ludności (1700)	Liczba pacjentów, wg miejsca zamieszkania	Wartość świadczeń na jednego pacjenta wg miejsca zamieszkania	Liczba pacjentów wg miejsca udzielenia świadczenia	Wartość świadczeń na jednego pacjenta z uwzględnieniem migracji w obrębie woj. pomorskiego
						<i>szacunek *</i>	
pomorskie	439,17	16 215 090,80	72 878,71	98 387	164,81	96 077	168,77
powiaty grodzkie	495,96	8 628 586,50	84 754,94	47 095	168,54	55423	143,03
Gdańsk	532,36	5 048 568,00	110 755,50	24 327	207,53	30773	162,42
Gdynia	445,65	1 829 782,00	73 517,99	11 022	166,01	12124	149,42
Słupsk + pow. Słupski**	541,69	1 446 238,10	76 028,96	10 308	140,30	10021	142,88
Sopot	497,10	303 998,40	78 717,32	1 896	160,34	2506	120,11
powiaty ziemskie	384,38	7 586 504,30	59 274,07	51 292	150,98	40708	188,61
wejherowski	370,71	1 044 328,00	54 791,03	7 252	144,01	4798	217,66
tczewski	427,84	719 995,60	63 502,88	4 868	147,90	3457	208,27
sztumski	489,08	306 880,00	73 513,00	2 033	150,95	1702	180,30
starogardzki	473,10	830 400,00	67 054,26	5 897	140,82	6180	134,38
pucki	224,15	345 600,00	45 053,97	2 191	157,74	1222	282,80
nowodworski	344,54	228 699,20	64 196,27	1 230	185,93	810	282,26
malborski	498,67	434 304,00	69 188,64	3 139	138,36	2889	150,35
łęborski	367,62	316 800,00	49 556,53	2 356	134,47	1867	169,67
kwidzyński	432,58	535 008,00	65 522,15	3 549	150,75	2991	178,85
kościerski	287,19	365 794,00	53 767,14	2 491	146,85	2291	159,70
kartuski	369,39	650 460,80	56 528,38	4 362	149,12	3143	206,95
gdański	437,99	520 880,00	56 602,63	4 192	124,26	2364	220,29
człuchowski	376,90	305 360,00	53 714,23	2 137	142,89	1805	169,19
chojnicki	301,97	540 338,70	57 984,34	2 823	191,41	3112	173,61
bytowski	363,93	441 656,00	58 135,58	2 772	159,33	2076	212,69

Źródło: Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

*Uzyskane dane dotyczące liczby pacjentów ze względu na miejsce udzielania świadczeń skorygowano proporcjonalnie takim samym wskaźnikiem w każdym z powiatów jako, iż ilość rozpoznań w kwerendzie była większa niż liczba pacjentów, uwzględniając wszystkie rozpoznania pacjenta w danym roku kalendarzowym (2011).

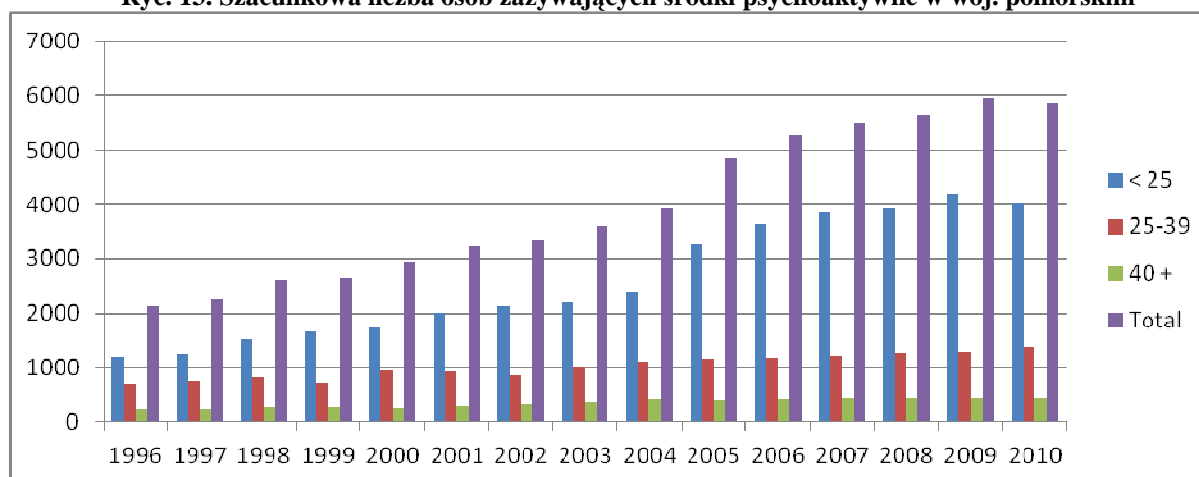
** Z powodów organizacyjnych (brak poradni zdrowia psychicznego w powiecie słupskim i ich konsolidacja w mieście Słupsku) dane prezentowane są łącznie dla powiatu słupskiego i miasta Słupska

*** analiza przeprowadzona została dla świadczeń poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych, gdyż tylko ta forma leczenia jest obecna we wszystkich powiatach (z wyjątkiem słupskiego)

Rozdział V – Lecznictwo uzależnień i współuzależnień w województwie pomorskim

Opieka psychiatryczna dla uzależnionych od alkoholu i środków psychoaktywnych w województwie pomorskim jest realizowana w: opiece ambulatoryjnej, oddziałach dziennych, oddziałach stacjonarnych. Na terenie województwa nie ma hosteli dla osób uzależnionych od alkoholu.

Ryc. 13. Szacunkowa liczba osób zażywających środki psychoaktywne w woj. pomorskim



Źródło: Sękiewicz J. Project on Treatment Demand: Tracking long-term trends.
Author of guidelines: Michael Stauffacher, P-PG/Epid (02) 01 Annex, Strasbourg, long term.

Tab. 14. Zgłoszenia osób uzależnionych do leczenia po raz pierwszy w życiu

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mężczyźni	215	136	189	254	314	486	497	491	482	433	387	366
Kobiety	76	87	95	99	112	198	191	187	176	151	127	115
Suma	291	223	284	353	426	684	688	678	658	584	514	451
Średnia wieku	19,1	19,7	19,3	19,5	18,9	19,3	19,1	18,9	18,7	17,9	18,2	17,4
% < 25 lat	99,00%	99,10%	99,30%	99,50%	99,40%	98,90%	99,20%	98,70%	98,10%	99,40%	99,10%	98,20%
% Kobiet	26,10%	39,00%	33,50%	28,00%	35,70%	28,90%	28,30%	27,20%	26,30%	25,90%	24,60%	25,70%

Źródło: Sękiewicz J. Project on Treatment Demand: Tracking long-term trends.
Author of guidelines: Michael Stauffacher, P-PG/Epid (02) 01 Annex, Strasbourg, long-term.

Tab. 15. Zgłoszenia do leczenia osób po raz kolejny w życiu.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mężczyźni	910	799	950	1022	1159	1259	1284	1347	1381	1271	1298	1217
Kobiety	277	340	358	362	397	537	541	569	584	580	471	577
Suma	1187	1139	1308	1384	1556	1796	1825	1916	1965	1851	1769	1794
Średnia wieku	24,3	26,6	25,8	26,2	25,7	25,4	25,9	24,6	25,3	26,8	27,1	26,2
% < 25 lat	56,90%	47,00%	48,90%	52,30%	53,20%	56,10%	51,30%	58,40%	57,20%	58,10%	54,60%	56,90%
% Kobiet	23,30%	29,90%	27,30%	26,20%	34,30%	29,80%	42,10%	42,20%	42,30%	31,40%	26,62%	32,20%

Źródło: Sękiewicz J. Project on Treatment Demand: Tracking long-term trends.
 Author of guidelines: Michael Stauffacher, P-PG/Epid (02) 01 Annex, Strasbourg, long-term.

LECZNICTWO UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU I WSPÓLUZALEŻNIEŃ

Tabela. 16. Zalecane wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla województwa pomorskiego - placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych

Placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych						
Wyszczególnienie	Wytyczne NPOZP				Aktualna sytuacja	
	minimalny wskaźnik lub liczba placówek	liczba	wskaźnik	Uwagi	Dane DZUM w Gdańsku - stan 31.12.2010 r.	
					liczba	wskaźnik
przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	co najmniej 1 przychodnia/1 powiat	19	-	z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego, czynna codziennie kod 1740. 1744	26	-
dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu	1 oddział (20 miejsc) w każdym większym mieście (powyżej 50 tys. mieszkańców)	20	-	kod 2712	7	-
oddziały/pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	0,2-0,3 łóżka/ 10 tys. mieszkańców	67	0,2	kod 4742	130	1,71
oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	1,2 łóżka/ 10 tys. mieszkańców	185	-	kod 4740 i 4744	155	0,84
hostele	1 hostel (20 miejsc)/ województwo	1	-	-	0	0,00

Źródło: Sękiewicz J. Project on Treatment Demand: Tracking long-term trends.
 Author of guidelines: Michael Stauffacher, P-PG/Epid (02) 01 Annex, Strasbourg, long-term.

Przychodnia/Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia

Według danych DZUM w Gdańsku, na koniec 2010 roku w województwie pomorskim funkcjonowało 26 poradni odwykowych, z czego wszystkie pracowały, co najmniej 5 dni w tygodniu. W każdym powiecie występowała przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju, co jest zgodne z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Województwo pomorskie posiada w swoich zasobach o siedem poradni więcej, niż wynika to ze standardów NPOZP. Sytuacja taka jest efektem aglomeracji trójmiejskiej oraz uwarunkowań historycznych.

Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu

Zgodnie z zaleceniami powinno się utworzyć 1 oddział z 20 miejscami w każdym większym mieście (powyżej 50 tys. mieszkańców). Tymczasem na terenie województwa pomorskiego działalność tego typu realizuje 7 oddziałów – 2 w Gdańsku, 1 w Gdyni, 2 w Chojnicach, 1 w Człuchowie. Obszar północno – zachodni województwa pomorskiego jest pozbawiony świadczeń w zakresie leczenia odwykowego w oddziałach dziennych uzależnienia od alkoholu (2712).

Dla spełnienia wytycznych zawartych w NPOZP powinny być utworzone oddziały w oddziały w Bytowie, Kartuzach, Kościerzynie, Lęborku, Malborku, Pucku, Słupsku, Starogardzie Gdańsku, Tczewie i Wejherowie.

Województwo pomorskie pokryte jest przez oddziały dzienne uzależnienia od alkoholu (2712) tylko w 35%.

Oddziały/Pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych

Zalecany wskaźnik dla oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych wynosi 0,2-0,3 łóżka na 10 tys. mieszkańców, co w liczbach bezwzględnych stanowi 67 łóżek dla województwa pomorskiego. Na koniec 2010 roku wskaźnik łóżek o tym profilu dla województwa jest wyższy od zalecanego i wynosi 1,71 (130 łóżek). Świadczenia tego rodzaju udzielane są w Gdańsku, Starogardzie Gdańskim, Słupsku, Prabutach, Bytowie oraz w Człuchowie.

Oddziały/Ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu

Minimalny docelowy wskaźnik dla oddziałów/ośrodków tego typu wynosi 1,2 łóżka na 10 tys. mieszkańców, co oznacza, że w województwie powinny być czynnych 1 8 5 ł ó ż e k o tym profilu. Tymczasem liczba łóżek w regionie jest mniejsza od zalecanej wartości (wskaźnik 0,84) i wynosi 155 łóżek (dane DZUM w Gdańsku według stanu na 31.12.2010 r.)

Hostele

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakłada utworzenie przynajmniej 1 hostelu w województwie z 20 miejscami dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych. Tymczasem w regionie pomorskim brak jest placówek o tym profilu. Należałoby, zatem utworzyć przynajmniej jeden hostel z 20 miejscami dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych.

Na podstawie analizy zasobów oraz zalecanych wskaźników dostępności wskazane jest podjęcie, w ramach NPOZP - zadanie 2.3., następujących działań:

1. Utworzenie dziennych oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców.
2. Utworzenie przynajmniej jednego hostelu z 20 miejscami dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych.
3. Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach/ośrodkach terapii uzależnienia od alkoholu

LECZNICTWO DLA UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Tabela. 17. Zalecane wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla województwa pomorskiego - placówki dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Placówki dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych						
Wyszczególnienie	wytyczne NPOZP				Aktualna sytuacja	
	minimalny wskaźnik lub liczba placówek	liczba	wskaźnik	Uwagi	dane DZUM w Gdańsku - stan na 31.XII.2010 r.	
					liczba	wskaźnik
przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	co najmniej 3 przychodnie w województwie	3	-	z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego, czynna codziennie kod 1746, 1747	3	-
oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	co najmniej 1 oddział (20 miejsc)/ woj.	20	-	-	0	-
oddziały/lóżka detoksykacyjne	0,1 łóżka/10 tys. mieszkańców	22	0,10	kod 4748	8	0,06
oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,7 łóżka/ 10 tys. mieszkańców	156	0,70	kod 4751 i 4750, 4746	175	1,33
hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,2 miejsca/ 10 tys. mieszkańców	44	0,20	kod 2726	0	-
program leczenia substytucyjnego	w każdym mieście, w którym jest co najmniej 30 użytkowników opiatów, kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego	1	-	-	1	-

Źródło: Sękiewicz J. Project on Treatment Demand: Tracking long-term trends.
Author of guidelines: Michael Stauffacher, P-PG/Epid (02) 01 Annex, Strasbourg, long-term.

Przychodnia/Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Zgodnie z danymi DZUM w Gdańsku (stan na 31.12.2010 roku), w województwie pomorskim funkcjonowało 11 poradni dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, z czego wszystkie zapewniały dostępność do świadczeń 5 razy w tygodniu. Liczba poradni jest zgodna z zaleceniami NPOZP.

Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Według zaleceń w województwie powinien funkcjonować, co najmniej 1 oddział dzienny dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zapewniający 20 miejsc. Obecnie pomorskie nie dysponuje tego typu placówkami.

Oddziały/łóżka detoksykacyjne

Zalecany wskaźnik łóżek detoksykacyjnych dla uzależnionych od środków psychoaktywnych wynosi przynajmniej 0,1 łóżka na 10 tys. mieszkańców, co w liczbach bezwzględnych stanowi 22 łóżka w województwie. Według danych DZUM w Gdańsku na koniec 2010 roku, w województwie pomorskim nie funkcjonował oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych. Jedyne taki oddział funkcjonował w strukturach SP ZOZ Wojewódzki szpital Psychiatryczny w Gdańsku w latach 1985 – 2007. Oddział ten został zlikwidowany z powodów ekonomicznych. Obecnie na terenie województwa funkcjonuje 8 łóżek detoksykacyjnych w strukturach dwóch największych szpitali psychiatrycznych województwa - w Gdańsku oraz w Starogardzie Gdańskim.

Oddziały/Ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Według danych DZUM w Gdańsku (stan na 31.12.2010 r.) w województwie pomorskim istnieje 7 oddziałów terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

NZOZ Monar Ośrodek Rehabilitacyjno Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży, NZOZ Mrowisko Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny, Ośrodek Resocjalizacji Stowarzyszenia „Solidarni Plus”, Chrześcijański Ośrodek Dla Osób Uzależnionych „Teen Challenge”, <http://www.narkomania.org.pl/baza/placowki?id=299> Centrum Leczenia Uzależnień „Zapowiednik” w Opaleniu oraz Ośrodek Terapii Uzależnień w Smażynie. Zasoby te dostarczają 175 łóżek o profilu rehabilitacyjnym dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Liczba łóżek terapeutycznych i rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie pomorskim wynosi 175 (wskaźnik 1,33) i nieznacznie przewyższa zalecaną liczbę 156 (wskaźnik 0,70).

Hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Zalecany wskaźnik dla hosteli dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych wynosi 0,2 miejsc na 10 tys. ludności, co daje 44 miejsca w województwie pomorskim.

Według danych DZUM w Gdańsku, na koniec 2010 roku, pomorskie nie dysponowało tego typu placówkami.

Program leczenia substytucyjnego

NPOZP zakłada wdrożenie programu leczenia substytucyjnego w każdym mieście, w którym jest, co najmniej 30 użytkowników opiatów, kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego. Obecnie w województwie pomorskim leczenie metadonem prowadzone jest w jednej placówce – w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień w Gdańsku.

Na podstawie analizy zasobów województwa pomorskiego oraz zalecanych wskaźników dostępności wskazane jest podjęcie, w ramach NPOZP - zadanie 2.4., następujących działań:

1. Utworzenie w województwie przynajmniej jednego oddziału dziennego dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
2. Nieznaczne zwiększenie w województwie liczby łóżek detoksykacyjnych dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych.
3. Utworzenie w województwie przynajmniej dwóch hosteli dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Rozdział VI - Promocja zdrowia psychicznego i priorytety promocji zdrowia psychicznego dla województwa pomorskiego

Według definicji WHO *zdrowie psychiczne* jest stanem dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, radzi sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie pracuje oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty. Podana definicja może być ujmowana poprzez dwa wymiary:

1. Pozytywne zdrowie psychiczne – to dobrostan jednostki i takie zasoby, które umożliwiają radzenie sobie z przeciwnościami i unikanie załamania stanu zdrowia. Przykładowe zmienne charakteryzujące ten wymiar: wysoka samoocena, poczucie panowania nad sytuacją, optymizm, poczucie koherencji, poczucie skuteczności, odporność, twórcze radzenie sobie z trudnościami.
2. Negatywne zdrowie psychiczne – wiąże się z objawami negatywnymi, określanymi jako psychologiczny dystres i występowaniem zaburzeń psychicznych (klasyfikowanych według ICD-10 lub DSM-IV).

Pozytywne zdrowie psychiczne oznacza m.in. rozwijanie swoich mocnych stron, czyli takich kompetencji, które umożliwiają konfrontację i harmonijne przechodzenie przez negatywne lub stresujące wydarzenia życiowe. Jest nieodłączną częścią ogólnego zdrowia jednostki, odzwierciedla równowagę między jednostką a środowiskiem².

Doceniając wagę zdrowia psychicznego Polska przyjęła *ustawę o ochronie zdrowia psychicznego*, a w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 jako jeden z najważniejszych do osiągnięcia celów strategicznych, wskazała promocję zdrowia psychicznego oraz zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych (*Cel strategiczny 4: Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne*).

Wyznaczenie powyższego celu uwarunkowane zostało koniecznością zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi, odpowiednich standardów korzystnych dla rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu oraz stworzenia odpowiednich warunków przyczyniających się do ich realizacji. Ważne jest promowanie oraz rozwijanie wśród społeczeństwa zdrowego stylu życia i zachowań, jak również kształtowanie wśród mieszkańców województwa postaw sprzyjających zrozumieniu i akceptacji odmiennych zachowań osób dotkniętych chorobą psychiczną.

Przemiany społeczne i ekonomiczne istotnie wpływają na stan zdrowia psychicznego społeczeństwa. Zmiany cywilizacyjne, wzrost gospodarczy i związany z tym wzrost

² Priorytety promocji zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia (2011). Ministerstwo Zdrowia. Warszawa

konkurencyjności i jakości życia mieszkańców, przyczyniają się do wzrostu zachorowań społeczeństwa na choroby psychiczne. Promocja i ochrona zdrowia uznawane są powszechnie za obowiązek sektora opieki zdrowotnej, jednak kształtowanie przyjaznego zdrowiu otoczenia, czyli skupienie się na tworzeniu odpowiednich warunków pracy, wypoczynku, opieki zdrowotnej oraz promowaniu zachowań służących zdrowiu psychicznemu, jest także obowiązkiem wszystkich osób mających wpływ na życie i zdrowie ludzkie.

Partnerska współpraca konieczna jest zwłaszcza na poziomie regionalnym i lokalnym, z udziałem wielu podmiotów, organizacji rządowych i pozarządowych, profesjonalistów reprezentujących różne sektory. Organizacje pozarządowe są najważniejszymi partnerami z punktu widzenia odpowiedzialności za zdrowie psychiczne, stanowią one niezwykle istotny składnik współczesnego społeczeństwa obywatelskiego, działając na rzecz zmian i prowadząc dialog w sprawie polityki zdrowotnej.

Promocja zdrowia to edukacja i rozbudowa potencjałów, zasobów, rezerw posiadanych przez jednostki. Koncentracja na rozwijaniu potencjałów zdrowia – czyli tych czynników i umiejętności, które wspierają rozwój i zdrowie jednostki – jest zgodna z bardziej współczesnymi poglądami dotyczącymi salutogenetycznego podejścia do zagadnień zdrowia, w którym szczególną uwagę zwraca się na proces podtrzymywania zdrowia.

Zapobieganie zaburzeniom psychicznym to opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, jak również ochrona osób narażonych na pogorszenie zdrowia psychicznego, np.: młodzieży, osób starszych, bezrobotnych, osób doznających przemocy, określonych grup zawodowych (wojsko, policja, pracownicy ochrony zdrowia).

Celem podejmowanych działań z zakresu zdrowia psychicznego powinno być polepszenie dobrostanu ludzi i ich funkcjonowania – poprzez lepsze wykorzystanie sił i zasobów intelektualnych – oraz wzmocnienie odporności psychicznej, a także zwiększenie ochronnej roli czynników zewnętrznych

Caplan (1964) zaproponował podział prewencji na pierwotną, wtórną oraz trzeciego stopnia.

Pierwotna prewencja obejmuje wszystkie starania zmierzające do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń psychicznych poprzez przeciwdziałanie szkodliwym warunkom, zanim będą one zdolne wywołać chorobę. Polega zatem ona na promocji zdrowia psychicznego i minimalizacji zagrożeń dla tego zdrowia poprzez oddziaływanie na osoby i grupy osób znajdujące się w obszarze ryzyka, poprzez zastosowanie specjalistycznych środków zapobiegawczych oraz metod psychologicznych

wykorzystujących w sposób świadomy i intencjonalny wiedzę o czynnikach genetycznych zdrowia i choroby oraz o sposobach uzyskiwania celów prewencyjnych.

Wtórna prewencję stosuje się, gdy wykryte zostaną wczesne sygnały zaburzeń; ma ona na celu powstrzymanie rozwoju zaburzeń i skrócenie czasu ich trwania (wczesna interwencja).

Prewencja trzeciego stopnia ma na celu zapobieganie skutkom przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby, ale także minimalizację wtórnych uszkodzeń związanych z przebyłą chorobą i ewentualnych defektów (rehabilitacja i opieka środowiskowa)³.

Za najlepszy przykład działań w promocji zdrowia psychicznego należy wskazać organizację programów promocji zdrowia psychicznego, które są zorientowane są na zdrowie. Wśród tego typu programów można wyróżnić dwa rodzaje: programy edukacyjne oraz programy wsparcia.

Promocja zdrowia psychicznego powinna być realizowana poprzez następujące oddziaływania na jednostkę:

- rozwijanie wiedzy i umiejętności (zdolności) człowieka, które umożliwiają mu optymalne funkcjonowanie w życiu osobistym, zawodowym i w relacjach z ludźmi.
- pomoc w rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych i przezwyciężaniu krytycznych wydarzeń życiowych (odejście partnera, śmierć bliskiej osoby, utrata pracy itd.).
- wczesne rozpoznawanie symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego.

W promowaniu zdrowia psychicznego powinny być stosowane różne metody, np.: prelekcje, wykłady, zajęcia warsztatowe, edukacja przez zabawę, formy artystyczne, zajęcia ruchowe, wydawnictwo materiałów edukacyjnych: broszur, ulotek, pism.

Podmiotami realizującymi programy powinny być organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze, placówki systemu oświaty w tym poradnie psychologiczno – pedagogiczne, organizacje pomocy społecznej, ale również zakłady pracy, organizacje pozarządowe i inne organizacje społeczne.

Realizacja podstawowych zadań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym wymaga podjęcia nie tylko działań edukacyjno-wychowawczych, ale również organizacyjnych. Ważne jest również, aby podejmowane działania były długofalowe – ma to duże znaczenie przy realizacji programów edukacyjnych.

³ Sęk H., (2011). Psychologia kliniczna. Wydawnictwo PWN

Efektywność działań będzie większa, jeżeli proces edukacyjny nie będzie miał charakteru jednorazowego.

Należy pamiętać również o dostępności programu dla społeczności lokalnej. Umożliwienie łatwego dostępu do partycypacji w programie, poprzez np. organizację programów możliwie najbliżej miejsca zamieszkania, czy też w dogodnym czasie, co również będzie wpływało na efektywność interwencji. Należy również zwrócić uwagę na konieczność ustawicznego rozwijania profesjonalnych form poradnictwa pedagogiczno-psychologicznego i rehabilitacyjnego, tworzenia ośrodków interwencji kryzysowej i wsparcia społecznego.

Działania podejmowane w zakresie promocji zdrowia psychicznego powinny uwzględniać priorytety promocji zdrowia najważniejsze dla danej społeczności.

Priorytety promocji zdrowia psychicznego dla województwa pomorskiego zostały ustalone w oparciu o sytuację epidemiologiczną występowania zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców województwa oraz na podstawie rekomendacji europejskiej i krajowej polityki zdrowotnej.

Priorytety promocji zdrowia psychicznego (działania zapobiegające) dla województwa pomorskiego przedstawiają się następująco:

- zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
- zaburzenia organiczne
- zaburzenia depresyjne
- zaburzenia spowodowane nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
- przewlekłe, nawracające zaburzenia psychotyczne i afektywne
- samobójstwa

Programy z zakresu promocji zdrowia psychicznego powinny szczególnie obejmować następujące **grupy populacji**:

- grupa osób starszych (psychogeriatry)
- dzieci i młodzież (np. promocja zdrowia psychicznego w szkołach)
- środowiska zagrożone (np. zapobieganie przemocy w rodzinie)
- grupa osób pracujących, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników medycznych (lekarze, pielęgniarki, psychologowie, ratownicy medyczni), funkcjonariusze resortów mundurowych (policja, wojsko, straż graniczna).

Przy opracowywaniu i realizacji programów profilaktycznych należy zwrócić szczególną uwagę na międzyregionalne zróżnicowanie potrzeb.

Proponowane zadania, które pozwolą zrealizować cele z zakresu promocji zdrowia psychicznego na terenie województwa pomorskiego:

- opracowanie i wdrożenie Regionalnego Programu Promocji Zdrowia Psychicznego
- opracowanie i wdrożenie lokalnych (powiatowych, gminnych, miejskich) programów promocji zdrowia psychicznego
- upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu
- zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi
- organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Szczegółowy zakres czynności oraz instytucji zaangażowanych w realizację powyższych celów został określony w **harmonogramie** realizacji zadań Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013 – 2015.

Rozdział VII - System pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim

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

W zasięgu zainteresowań systemu pomocy społecznej znajdują się następujące kwestie społeczne: ubóstwo, wykluczenie społeczne (marginalizacja), bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność oraz wiele innych kształtujących trudną życiowo sytuację jednostki, w szczególności ekonomiczną.

Na szczeblu województwa istnieją dwie odrębne struktury organizacyjne – administracji rządowej i samorządowej. Zadania rządowe na szczeblu województwa wykonuje wojewoda. Zadania wojewody w zakresie pomocy społecznej realizowane są przez wydziały polityki społecznej urzędów wojewódzkich (wydziały polityki społecznej - kontrola i nadzór nad realizacją zadań samorządu gminnego, powiatowego i województwa, w tym nad jakością działalności jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w zakresie zadań zleconych).

Zadania samorządowe wykonuje marszałek województwa przy pomocy regionalnego ośrodka polityki społecznej (jednostki organizacyjnej powołanej do realizacji zadań pomocy społecznej w województwach samorządowych), zajmującego się koordynacją polityki społecznej w zakresie pomocy na terenie województw samorządowych.

Pomoc świadczona osobom z zaburzeniami psychicznymi w obszarze pomocy społecznej jest udzielana w oparciu o przepisy ustaw o ochronie zdrowia psychicznego i pomocy społecznej. Zgodnie z *Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm. art. 21) do zadań samorządu województwa należy (wybrane zadania łączące się z Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego):

- opracowanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej będącej integralną częścią strategii rozwoju województwa (...);
- organizowanie kształcenia, w tym prowadzenie publicznych szkół służb społecznych oraz szkolenia zawodowego kadr pomocy społecznej;
- inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie pomocy społecznej;
- organizowanie i prowadzenie regionalnych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej;
- utworzenie i utrzymanie regionalnego ośrodka polityki społecznej, w tym zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego w latach 2012-14 realizuje projekt systemowy w ramach Priorytetu VII Promocja integracji społecznej, Poddziałanie 7.1.3 Podnoszenie kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej PO KL 2007-2013 pod nazwą: „Doskonalenie kompetencji zawodowych pracowników pomocy społecznej w województwie pomorskim”. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i zakłada realizację:

- Szkoleń dla kadr instytucji pomocy i integracji społecznej
- Specjalistycznego doradztwa dla kadr instytucji pomocy i integracji społecznej
- Badań i analiz z zakresu polityki społecznej w regionie
- Wieloletniego regionalnego planu działań na rzecz promocji i upowszechniania ES w regionie

Grupą docelową projektu, zgodnie z zakresami wskazanymi w Szczegółowym Opisie Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013, są pracownicy i wolontariusze instytucji pomocy i integracji społecznej realizujący działania w zakresie aktywnej integracji, pracownicy samorządu terytorialnego, bezpośrednio obsługujący gminne i powiatowe jednostki organizacyjne pomocy społecznej w zakresie realizacji ich zadań, pracownicy publicznych służb zatrudnienia, przedstawiciele innych służb społecznych (np. kuratorzy sądowi, policjanci, pracownicy urzędów pracy, pedagodzy, pielęgniarki środowiskowe, asystenci rodziny), przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego szczebla województwa, powiatu i gminy, przedsiębiorcy, media lokalne i regionalne oraz partnerzy społeczni i gospodarczy.

1. Zasoby instytucjonalne pomocy społecznej województwa pomorskiego

W województwie pomorskim są 143 placówki pomocy społecznej, w tym:

- 73 Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej,
- 26 Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej,
- 7 Miejsko-Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej
- 2 Miejskie Ośrodki Pomocy Rodzinie,
- 15 Ośrodków Pomocy Społecznej,
- 16 Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie + 4 z miast na prawach powiatu – łącznie 20.

W województwie pomorskim funkcjonuje 57 Środowiskowych Domów Samopomocy zapewniających ogółem 1557 miejsc dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

W województwie prowadzą działalność również:

- 44 Warsztaty Terapii Zajęciowej
- 2 Zakłady Aktywizacji Zawodowej

Inne formy wsparcia w województwie pomorskim:

- Kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi: 6, w tym 2 prowadzone przez gminę; łączna ilość miejsc: 84,
- Mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi: 12 dla 29 osób,
- Ośrodki Interwencji kryzysowej dla ofiar przemocy w rodzinie: gminne – 2; powiatowe – 9; prowadzone przez inne podmioty – 3. wnioski

2. Cele i zadania Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w odniesieniu do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Biorąc powyższe pod uwagę oraz uwzględniając sformułowane w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego cele ogólne, szczegółowe oraz zadania dotyczące realizacji Programu na poziomie województwa, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego sformułował następujące działania do realizacji

- W ramach celu głównego I: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym; cel szczegółowy 1.3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi:
 - Realizacja programów informacyjno – edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez:
 - Uwzględnienie problematyki w Biuletynach ROPS oraz na stronie internetowej ROPS-u;
 - Przygotowanie i organizacja seminarium oraz szkoleń dla kadr pomocy społecznej w ramach PO KL dotyczących ochrony zdrowia psychicznego,
 - W działalności doradczej w ramach doradztwa specjalistycznego PO KL
- W ramach celu głównego II: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; cel szczegółowy 2.2. Upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego:
 - Promowanie i upowszechnianie dobrych praktyk realizowanych przez OPS-y i PCPR-y wobec osób z zaburzeniami psychicznymi będącymi w systemie pomocy społecznej,
 - Promowanie i upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie współpracy z CZP lub innymi placówkami ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do osób pozostających w systemie pomocy społecznej

- Wspieranie finansowe samopomocowych projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach procedur konkursowych
- Współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego
- Informacja upowszechnianie dobrych praktyk realizowanych przez OPS-y i PCPR-y przy współpracy z organizacjami pozarządowymi wobec osób z zaburzeniami psychicznymi będącymi w systemie pomocy społecznej
- Opracowanie diagnozy sytuacji we wskazanym zakresie na podstawie informacji zebranych z powiatów i gmin (m.in. ocena zasobów, potrzeb oraz sytuacji osób chorych psychicznie korzystających - pozostających w systemie pomocy społecznej);
- Kontynuowanie współpracy w ramach Pomorskiej Koalicji Na Rzecz Zdrowia Psychicznego

Rozdział VIII – Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim

Osoby chore psychicznie mają zaburzony sposób postrzegania czasu, organizacji swojej pracy, podejmowania stałego, systematycznego wysiłku, wywiązywania się ze zobowiązań. Niejednokrotnie choroba stanowiła bezpośrednią przyczynę utraty zatrudnienia lub przerwania edukacji. W związku z tym takie osoby mają duże trudności w samodzielnym funkcjonowaniu społecznym, w szczególności na rynku pracy. Stanowią więc grupę osób szczególnie zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Zatrudnienie jest, więc jednym z ważniejszych czynników umożliwiających takim osobom włączenie się w życie społeczne. Jest podstawowym elementem rehabilitacji kompleksowej. Zatrudnienie pozwala na zaspokajanie zarówno podstawowych potrzeb biologicznych jak i potrzeb indywidualnych związanych z samorozwojem. Dzięki pracy nawet bardzo poszkodowany zdrowotnie człowiek może być bardziej samodzielny i niezależny.

Sukces w zakresie aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi zależy w równym stopniu od sprzyjających rozwiązań instytucjonalnych, prawnych jak i od zindywidualizowanego podejścia do każdej osoby oraz w szczególności od zmian mentalności zarówno pracodawców jak i samych osób niepełnosprawnych.

Prozdrowotne skutki zatrudnienia osób chorych psychicznie:

- zaangażowanie się chorych w celową aktywność wiąże się ze zwiększeniem poziomu ich społecznej samodzielności,
- aktywizacja zawodowa wpływa na większość wskaźników leczenia (np. na zmniejszenie objawów choroby, zmniejszenie liczby nawrotów, zmniejszenie zażywania leków itd.),
- praca może stanowić jeden z niewielu dostępnych sposobów reintegracji tożsamości przez ustanowienie celów, ustrukturalizowanie dnia, kontakty z innymi ludźmi.

Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi może stanowić “pomost” ułatwiający nawiązanie satysfakcjonujących kontaktów społecznych oraz zaangażowanie się w inną rolę społeczną poza rolą pacjenta: ludzie zmieniają się zastępując “rolę chorego” pozytywnym wizerunkiem własnej osoby.

W województwie pomorskim liczba niepełnosprawnych bezrobotnych zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy (PUP) na koniec 2011 roku wynosiła 6,5 tys. osób, tj. 6,1% ogólnej liczby bezrobotnych. Wśród tej kategorii osób jednym z najczęstszych rodzajów niepełnosprawności są choroby psychiczne. W rejestrach urzędów pracy zarejestrowanych było 0,9 tys. osób bezrobotnych niepełnosprawnych chorych psychicznie (13,9% ogółu niepełnosprawnych bezrobotnych). W latach 2008 – 2011

odnotowano wzrost liczby bezrobotnych z tym rodzajem niepełnosprawności o 42,3%. Kategorię osób bezrobotnych chorych psychicznie charakteryzuje długotrwałe pozostawanie bez pracy, w końcu 2011 r. ponad 40% osób tej kategorii pozostawało bez zatrudnienia powyżej 12 miesięcy.

W PUP rejestrują się także osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu. Na koniec 2011 roku w województwie pomorskim liczba takich osób wynosiła 0,9 tys., co stanowiło 53,2% ogółu poszukujących pracy. Wśród tej kategorii osób odnotowano 0,2 tys. osób z chorobami psychicznymi (22,2% ogółu niepełnosprawnych poszukujących prac niepozostających w zatrudnieniu), z których co druga osoba pozostawała bez pracy dłużej niż rok.

Uprawnienia osób niepełnosprawnych w zakresie aktywizacji zawodowej reguluje ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.). Zgodnie z tą ustawą osoba niepełnosprawna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotna albo poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu ma prawo korzystać z usług lub instrumentów rynku pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.), między innymi szkoleń, staży, prac interwencyjnych. Wydatki na instrumenty lub usługi rynku pracy są finansowane w odniesieniu do osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako bezrobotne ze środków Funduszu Pracy, natomiast zarejestrowanych jako poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu - ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. (Dz. U. 2011 r. Nr 43 poz.225) o zatrudnieniu socjalnym określa zasady zatrudnienia socjalnego dla m.in. osób chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego. Zatrudnienie socjalne zapewnia tym osobom możliwość uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej i zatrudnienia wspieranego.

Centrum integracji społecznej realizuje reintegrację zawodową i społeczną przez m.in. nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych.

Organizacje prowadzące kluby integracji społecznej mogą organizować m.in. działania mające na celu znalezienie pracy, prace społecznie użyteczne, roboty publiczne, poradnictwo prawne, staże, o których mowa w przepisach o promocji zatrudnienia

i instytucjach rynku pracy. Warunkiem uczestnictwa w klubie integracji społecznej jest realizacja kontraktu socjalnego, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej.

Zatrudnienie wspierane może być realizowane m.in. w formie prac społecznie użytecznych na zasadach określonych w przepisach o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, rzecznictwa, poradnictwa zawodowego, psychologicznego i społecznego dla osób realizujących prace społecznie użyteczne w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, podejmujących zatrudnienie, działalność gospodarczą, zakładających lub przystępujących do spółdzielni socjalnej. Zatrudnienie wspierane realizowane jest w ramach indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego lub kontraktu socjalnego, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej.

Znaczącą, choć jeszcze zbyt małą w stosunku do potrzeb, ofertę poprawy sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy tworzy rynek pracy chronionej. System dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych powoduje, że część pracodawców zatrudnia takie osoby. Część pracodawców uzyskuje status zakładu pracy chronionej, zatrudniając osoby niepełnosprawne w proporcjach wymaganych przepisami.

Wojewódzki Urząd Pracy w Gdańsku (WUP) jest pomysłodawcą i realizatorem projektu innowacyjnego „Wielowymiarowy model wsparcia i identyfikacji kompetencji zawodowych”. Celem projektu jest wypracowanie i przetestowanie propozycji nowych rozwiązań (modelu) w poradnictwie zawodowym oraz wdrożenie ich w zakres usług publicznych służb zatrudnienia w Polsce.

Grupą docelową rozwiązań opracowanych w ramach projektu będą między innymi osoby niepełnosprawne (w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi).

Wypracowane narzędzia w ramach w/w modelu będzie można stosować w celu m. in.:

- badania zdolności do wykonywania określonej pracy
- badania możliwości i ograniczeń związanych z funkcjonowaniem ciała w sytuacji pracy
- badania możliwości i ograniczeń związanych z odczuwaniem bólu
- orientacji zawodowej i badania preferencji i predyspozycji zawodowych
- podniesienia motywacji oraz samoakceptacji
- dopasowania stanowisk pracy do specyficznych potrzeb pracowników.

Działania WUP a także powiatowych urzędów pracy obejmują m.in. promocję usług poradnictwa zawodowego, indywidualne konsultacje z tego zakresu oraz porady grupowe. Do współpracy zapraszane są także organizacje i instytucje zajmujące się osobami niepełnosprawnymi i osobami z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto urzędy pracy mogą

współdziałać w przygotowaniu diagnozy w zakresie funkcjonowania wspieranego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej na terenie Pomorza oraz współpracować przy opracowaniu raportu na podstawie w/w diagnozy.

Ogólny zakres proponowanych działań mających na celu przywrócenie osób z zaburzeniami psychicznymi przedstawia się następująco:

- opracowanie i realizacja wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanej do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi,
- zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi,
- objęcie osób z zaburzeniami psychicznymi wyspecjalizowanymi usługami z zakresu indywidualnego i grupowego poradnictwa zawodowego,
- organizowanie spotkań i szkoleń podnoszących kompetencje osób zajmujących się poradnictwem zawodowym dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- organizowanie szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- wspieranie działalności jednostek pomocy społecznej i organizacji pozarządowych w zakresie aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi (dyżury doradców zawodowych, spotkania dotyczące wymiany dobrych praktyk),
- wspieranie zainteresowanych pracodawców zatrudniających osoby z zaburzeniami psychicznymi poprzez udzielanie indywidualnych porad zawodowych, dotyczących rozwoju zawodowego pracodawcy i pracowników.

W zakresie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych ze środków PFRON mogą być wspierane następujące zadania dotyczące osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi:

I. Na podstawie art. 26a ust. 1 i 1b – ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. nr 127, poz.721 z późn. zm.) dofinansowanie do wynagrodzenia pracownika niepełnosprawnego w następujących wysokościach:

Dla pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej:

1. 180% najniższego wynagrodzenia - w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności,
2. 115% najniższego wynagrodzenia - w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
3. 45 % najniższego wynagrodzenia - w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności.

Ww. kwoty dofinansowania zwiększa się o 40% najniższego wynagrodzenia w przypadku osób niepełnosprawnych, u których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję oraz niewidomych (zgodnie z art. 26a ust. 1b ww. ustawy o rehabilitacji).

Dla pracodawców z otwartego rynku pracy ww. kwoty będą wynosić:

1. 70% kwot przysługujących zakładom pracy chronionej,
2. 90% kwot przysługujących zakładowi pracy chronionej, w przypadku, gdy dotyczyć ono będzie osób niepełnosprawnych, u których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję oraz pracowników niewidomych.

Kwota najniższego wynagrodzenia, branego pod uwagę przy wyliczeniach, to 1386 zł. (zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2010 r., Nr 226, poz. 1475 z późn. zm.).

Poniższa tabela przedstawia wyliczone kwoty dofinansowanie do wynagrodzeń za okres wrzesień – grudzień 2012 r.:

Tab. 18. Wyliczone kwoty dofinansowanie do wynagrodzeń za okres wrzesień – grudzień 2012 r.

stopień niepełnosprawności	Otwarty rynek			ZPCHR		
	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
ze schorzeniami specjalnymi	2.744,28 zł	1.933,47 zł	1.060,29 zł	3.049,20 zł	2.148,30 zł	1.178,10 zł
bez schorzeń specjalnych	1.746,36 zł	1.115,73 zł	436,59 zł	2.494,80 zł	1.593,90	623,70 zł

Źródło: PFRON Gdańsk

Zmiana dofinansowań do wynagrodzeń za okres styczeń – grudzień 2013 r.

Na podstawie art. 1 ust. 10 oraz art. 12 ust. 1 ww. ustawy 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji, kwota dofinansowania wynikająca z art. 26a ust. 1 i 1b ustawy o rehabilitacji za ww. okres ulegnie zmianie.

Dla pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej i otwarty rynek pracy:

1. 180% najniższego wynagrodzenia - w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności,
2. 100% najniższego wynagrodzenia - w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
3. 40 % najniższego wynagrodzenia - w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności.

Ww. kwoty dofinansowania zwiększa się o 40% najniższego wynagrodzenia w przypadku osób niepełnosprawnych, u których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję oraz niewidomych (zgodnie z art. 26a ust. 1b ww. ustawy o rehabilitacji).

Powyższe kwoty będą dotyczyć, mając na uwadze obecny stan prawny, zarówno zakładów pracy chronionej, jak i pracodawców z otwartego rynku pracy. Ponadto kwota minimalnego wynagrodzenia brana pod uwagę, przy ww. wyliczeniach, to kwota z grudnia roku poprzedniego (tj. grudnia 2012 r.) i wynosi 1500 zł.

Poniższa tabela przedstawia wyliczone kwoty:

Tab. 19. Wyliczone kwoty dofinansowanie do wynagrodzeń

stopień niepełnosprawności	Otwarty rynek			ZPCHR		
	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
ze schorzeniami specjalnymi	3.300 zł	2.100 zł	1.200 zł	3.300 zł	2.100 zł	1.200 zł
bez schorzeń specjalnych	2.700 zł	1.500 zł	600 zł	2.700 zł	1.500 zł	600 zł

Źródło: PFRON Gdańsk

Należy tu dodatkowo nadmienić, iż kwota dofinansowania do wynagrodzenia danego pracownika uzależniona jest dodatkowo od art. 26a ust. 4 ustawy o rehabilitacji, zgodnie, z którym kwota miesięcznego dofinansowania nie może przekroczyć kwoty 90% faktycznie i terminowo poniesionych kosztów płacy, a w przypadku pracodawcy wykonującego działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, 75% tych kosztów.

Ponadto zgodnie z art. 26 b ust. 7 z dofinansowania wyłączone są kwoty kosztów płacy pracownika, które zostały sfinansowane przez pracodawcę ze środków publicznych.

Przepisu ust. 7 nie stosuje się w przypadku, gdy pracodawca sfinansował wynagrodzenie pracownika ze środków publicznych z prowadzonej działalności, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 5 lub z dochodów publicznych, o których mowa w art. 5 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm).

II. Na podstawie art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. nr 127, poz. 721 z późn. zm.) - możliwość uzyskania dofinansowania za pośrednictwem jednostek samorządu powiatowego m.in. na :

1. finansowanie z Funduszu wydatków na instrumenty lub usługi rynku pracy określone w ustawie o promocji, w odniesieniu do osób niepełnosprawnych zarejestrowanych, jako poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu;
2. dofinansowanie:
 - a. uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych,
 - b. sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych,
 - c. zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów,
 - d. likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych,
 - e. rehabilitacji dzieci i młodzieży;
 - f. usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika,
3. dofinansowanie kosztów tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej;
4. pośrednictwo pracy i poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych, ich szkolenie oraz przekwalifikowanie;
5. przyznawanie środków, o których mowa w art. 12a ustawy; tj. na podjęcie działalności gospodarczej,
6. realizacja zadań, o których mowa w art. 26, art. 26d i art. 26e;
7. zlecanie zadań zgodnie z art. 36;
8. kierowanie osób niepełnosprawnych, które wymagają specjalistycznego programu szkolenia oraz rehabilitacji leczniczej i społecznej, do specjalistycznego ośrodka szkoleniowo-rehabilitacyjnego lub innej placówki szkoleniowej;

9. doradztwo organizacyjno-prawne i ekonomiczne w zakresie działalności gospodarczej lub rolniczej podejmowanej przez osoby niepełnosprawne.

III. Na podstawie art. 36 ww. Ustawy - możliwość udziału fundacji i stowarzyszeń działających na rzecz osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi w konkursach o zlecenie realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 7 lutego 2008 r. (Dz. U. nr 29, poz. 172):

Oddział Pomorski PFRON współpracuje z następującymi organizacjami pozarządowymi realizującymi działania na rzecz osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi:

1. Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Kryzysami Psychicznymi „Przyjazna Dłoń” z siedzibą w Gdańsku,
2. Stowarzyszenie „Nadzieja dla Rodziny” z siedzibą w Gdańsku,
3. Stowarzyszenie Św. Walentego z siedzibą w Pszczółkach.

Szczegółowy zakres zadań oraz instytucji zaangażowanych w ich realizację został określony w **harmonogramie** realizacji zadań Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013 – 2015.

Rozdział IX – Priorytety rozwoju opieki psychiatrycznej w województwie pomorskim

1. Analiza SWOT

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none"> - zadowalająca liczba punktów ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej dla dorosłych (sieć Poradni Zdrowia Psychicznego) - zmieniający się powoli klimat wokół problemów osób z zaburzeniami psychicznymi - możliwość realizacji programów aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi (PUP w każdym powiecie) - pierwsza koncepcja wdrożenia opieki środowiskowej w Programie Zdrowia dla Pomorza - struktury Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i Uniwersytetu Gdańskiego, Wyższej Szkoły Psychologii Społecznej (miejsce szkolenia kadr) - inicjatywy organizacji samorządowych w zakresie poprawy zdrowia psychicznego - jednostki uprawnionych do prowadzenia specjalizacji i jednostek posiadających uprawnienia do prowadzenia akredytacyjnych staży cząstkowych - istnienie Zespołu Kształcenia Podstawowego i Gimnazjalnego nr 32 prowadzonego przy oddziale stacjonarnym i dziennym Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego jako miejsce nauki, jak i przyszłego szkolenia specjalistycznej kadry pedagogicznej - istnienie środowiskowych domów samopomocy 	<ul style="list-style-type: none"> - nierównomierne rozmieszczenie zasobów psychiatrycznej opieki na terenie województwa (w szczególności bazy stacjonarnej) oraz jej stan – zdekapitalizowana i niedofinansowana baza łóżkowa - brak wystarczającej liczby podmiotów stacjonarnej opieki psychiatrycznej (zwłaszcza w szpitalach wielospecjalistycznych) oraz nierównomierne ich rozmieszczenie na terenie województwa - zbyt mała liczba zespołów leczenia środowiskowego dla dorosłych jak i brak dla dzieci i młodzieży - niedobór miejsc stacjonarnych dla dzieci w całym województwie pomorskim - brak ambulatoriów terapii rodziny (szczególnie istotne w leczeniu najmłodszych pacjentów) - zbyt mała liczba dziennych miejsc opieki psychiatrycznej zarówno dla dorosłych jak i dzieci i młodzieży - braki kadrowe zwłaszcza w zakresie opieki, specjalistów z zakresu psychologii klinicznej, specjalistów terapii uzależnień - niski poziom świadomości społecznej na temat zaburzeń psychicznych - niski poziom świadomości decydentów na temat założeń psychiatrii środowiskowej – zwłaszcza na poziomie powiatów - niedostateczna ilość środków przeznaczanych na realizację programów promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego - mała świadomość i wykorzystanie dostępnych form aktywizacji zawodowej

	<ul style="list-style-type: none"> - niewystarczające finansowanie opieki psychiatrycznej w odniesieniu do potrzeb - zbyt krótka perspektywa finansowa kontraktów zniechęcająca do inwestycji - brak współpracy pomiędzy głównymi interesariuszami oraz brak ustalenia wspólnych celów - brak centrum koordynacyjnego funkcjonującego, jako źródło danych o systemie opieki nad pacjentem w kryzysie psychicznym - różne formy właścicielskie placówek zobowiązanych do współpracy - brak mechanizmów finansowych promujących powstawania Centrów Zdrowia Psychicznego - zbyt mała liczba miejsc specjalizacyjnych psychologów i psychoterapeutów - zbyt mała liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego
SZANSE	ZAGROŻENIA
<ul style="list-style-type: none"> - uregulowania ustawowe i założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego - zwiększenie finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia psychiatrycznego np. przez NFZ - położenie większego nacisku na promocję i profilaktykę zdrowia psychicznego oraz zwiększenie finansowania tych zadań na szczeblach lokalnej administracji samorządowej - plany przekształceń dużych szpitali psychiatrycznych - działania na rzecz poprawy świadomości potrzeby zmian w leczeniu psychiatrycznym podejmowane na rzecz decydentów - aktywna działalność organizacji pozarządowych - inicjatywy własne podmiotów leczniczych oraz 	<ul style="list-style-type: none"> - wzrastająca liczba osób z zaburzeniami psychicznymi wśród mieszkańców województwa oraz rozpowszechnienie wyższe niż średnia w kraju w relacji do aktualnych zasobów - brak centralnego finansowania wdrożenia założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego - mała stabilność istniejącego finansowania – brak pewności, że poniesione nakłady na organizację np. Centrów Zdrowia Psychicznego czy Zespołów Lecznictwa Środowiskowego zostaną sfinalizowane zawarciem kontraktu z NFZ - brak mechanizmów zachęcających do specjalizacji, podnoszenia kwalifikacji przez kadry psychiatryczne - nieadekwatna współpraca pomiędzy poszczególnymi szczeblami samorządu oraz innymi instytucjami odpowiedzialnymi za kreowanie polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego

<p>samorządów lokalnych</p> <ul style="list-style-type: none"> - plany rozdzielenia funkcji płatnika i taryfikacji świadczeń - kontraktowanie nowych produktów – np. w Zespołach Lecznictwa Środowiskowego pomorskim - uruchomiona specjalizacja z pielęgniarstwa psychiatrycznego - coraz szersza oferta szkoleń dla pielęgniarek w zakresie psychiatrii w tym także środowiskowej 	<ul style="list-style-type: none"> - niedostrzeżenie w niektórych rejonach województwa wśród lokalnych decydentów problematyki zdrowia psychicznego - niewielkie zainteresowanie ze strony niektórych jednostek psychiatrycznych założeniami psychiatrii środowiskowej, zwłaszcza poza Trójmiastem - zmiany w przepisach refundacji leków skutkujące zagrożeniem ciągłości farmakoterapii u pacjentów psychotycznych -plany zmiany struktury publicznego płatnika, - brak pewności, co do zasad kolejnego kontraktowania usług - kryzys gospodarczy i ryzyko mniejszej ilości środków finansowych w systemie ochrony zdrowia = mniejsza dostępność do świadczeń -brak zainteresowania ze strony zarządzających szpitali ogólnych tworzeniem oddziałów o profilu psychiatrycznym - brak odrębnego finansowania procedur pielęgniarstkich w psychiatrii w ogóle przez głównego płatnika -wysoka średnia wieku pielęgniarek, zbyt mała liczba absolwentów zainteresowanych pracą w psychiatrii
---	--

2. Priorytety Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Cel nadrzędny:

Poprawa zdrowia psychicznego mieszkańców województwa pomorskim i podniesienie jakości życia osób chorych psychicznie

1. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym:

- a. Ustalenie priorytetów promocji zdrowia
- b. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowania zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji programów promocji zdrowia, szkoleń, konferencji, kampanii edukacyjnych skierowanych do odpowiednich grup odbiorców.
- c. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem działań mających na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji osób chorych psychicznie i badaniu postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
- d. Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem tworzenia lokalnych ośrodków poradnictwa i pomocy psychospołecznej, instytucji poradnictwa psychologicznego i interwencji kryzysowej.

2. Zwiększenie dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej:

- a. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
- b. Poprawa dostępności oraz zmniejszenie nierówności w dostępie do poszczególnych form opieki psychiatrycznej w województwie pomorskim, poprzez dostosowanie posiadanych zasobów leczenia psychiatrycznego do zalecanych wskaźników w NPOZP a zwłaszcza w opiece nad dziećmi i młodzieżą
- c. Rozwój sieci Centrów Zdrowia Psychicznego
- d. Zwiększenie liczby oddziałów dziennych
- e. Zwiększenie liczby zespołów środowiskowych

- f. Opracowanie planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych oraz tworzenia oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych
- g. Zwiększenie liczby personelu medycznego: psychologów (zwłaszcza psychologów klinicznych), pielęgniarek, pracowników socjalnych, ze szczególnym uwzględnieniem personelu medycznego dla dzieci i młodzieży oraz osób starszych
- h. Zwiększenie finansowania psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych przez płatnika
- i. Koordynacja różnych form opieki i pomocy

3. Poszerzenie, zróżnicowania i unowocześniania pomocy oraz oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

- a. Przygotowanie i organizacja seminarium oraz szkoleń dla kadr pomocy społecznej w ramach PO KL dotyczących ochrony zdrowia psychicznego,
- b. W działalności doradczej w ramach doradztwa specjalistycznego PO KL
- c. Opracowanie diagnozy sytuacji we wskazanym zakresie na podstawie informacji zebranych z powiatów i gmin (m.in. ocena zasobów, potrzeb oraz sytuacji osób chorych psychicznie korzystających - pozostających w systemie pomocy społecznej);
- d. Promowanie i upowszechnianie dobrych praktyk realizowanych przez OPS-y i PCPR-y wobec osób z zaburzeniami psychicznymi będącymi w systemie pomocy społecznej,
- e. Promowanie i upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie współpracy z CZP w odniesieniu do osób pozostających w systemie pomocy społecznej
- f. Wspieranie finansowe samopomocowych projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach procedur konkursowych
- g. Współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. które wymagają działania ciągłego
- h. Informacja upowszechnianie dobrych praktyk realizowanych przez OPS-y i PCPR-y przy współpracy z organizacjami pozarządowymi wobec osób z zaburzeniami psychicznymi będącymi w systemie pomocy społecznej
- i. Kontynuowanie współpracy w ramach Pomorskiej Koalicji Na Rzecz Zdrowia Psychicznego

4. Rozwój zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi:

- a. Zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
- b. Objęcie osób z zaburzeniami psychicznymi wyspecjalizowanymi usługami z zakresu indywidualnego i grupowego poradnictwa zawodowego oraz organizowanie szkoleń w tym zakresie
- c. Wspieranie działalności jednostek pomocy społecznej i organizacji pozarządowych w zakresie aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi (dyżury doradców zawodowych, spotkania dotyczące wymiany dobrych praktyk)

5. Koordynacja różnych form opieki i pomocy:

- a. Powołanie Pomorskiego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego
- b. Realizacja, ewaluacja i monitoring Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
- c. Przygotowanie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Rozdział X – Realizacja Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

1. Realizacja i zarządzanie Programu

Realizacja zadań Programu wiąże się ze zmianami organizacyjnymi i tworzeniem nowych form opieki psychiatrycznej, co w dużej mierze uzależnione jest od procesu decyzyjnego podmiotów zaangażowanych w sektor ochrony zdrowia psychicznego i pomocy społecznej, a to z kolei uwarunkowane jest zapewnieniem odpowiednich nakładów finansowych.

Podmiotami realizującymi zadania „*Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013 - 2015*” będą:

- instytucje centralne (np. Ministerstwo Zdrowia czy Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej)
- Samorząd Województwa Pomorskiego,
- Wojewoda Pomorski,
- Samorządy Powiatów i Gmin,
- Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Jednostki organizacyjne pomocy społecznej,
- Wojewódzki Urząd Pracy,
- Powiatowe Urzędy Pracy,
- Podmioty lecznicze,
- Organizacje pozarządowe
- oraz inne instytucje wymienione w harmonogramie realizacji zadań „*Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013 - 2015*”

Wszystkie planowane zadania organizacyjne dotyczące opieki psychiatrycznej winny być konsultowane z samorządami powiatowymi. Uzgodnień pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego wymaga tworzenie i rozmieszczenie Centrów Zdrowia Psychicznego.

Realizacja zadań będzie odbywać się przy uwzględnieniu kierunków i terminów określonych dla poszczególnych wykonawców w NPOZP.

Urzeczywistnienie przyjętych kierunków jest zadaniem długoletnim.

2. Finansowanie Programu

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zaleca przeznaczenie odpowiednich nakładów na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przez podmioty wskazane w harmonogramie. Ze względu na wielosektorowość działań nakłady na realizację NPOZP winny przewidzieć w swoich budżetach: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Sprawiedliwości i Ministerstwa Obrony Narodowej, NFZ i **jednostki samorządu terytorialnego**.

Proponowane podstawowe źródła finansowania zadań Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego to:

- środki budżetu państwa przeznaczane na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015,
- środki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- środki budżetowe samorządu wojewódzkiego, w tym środki przeznaczone na realizację Strategii Województwa Pomorskiego 2020
- środki budżetowe jednostek samorządu lokalnego,
- własne środki finansowe zakładów opieki zdrowotnej,
- środki podlegające zwrotowi, pochodzące z kredytów, umów leasingowych,
- środki pochodzące z partnerstwa publiczno- prywatnego,
- środki pochodzące z PFRON,
- środki pozyskane z funduszy europejskich (np. Europejski Fundusz Społeczny, Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego),
- Norweski Mechanizm Finansowy NMF.

Wysokość niezbędnych nakładów będzie możliwa do oszacowania w oparciu o zinventaryzowane zasoby oraz potrzeby programowe (promocyjne, szkoleniowe, organizacyjne), jak też konieczne zmiany restrukturyzacyjne i inwestycyjne w placówkach opieki zdrowotnej

Wyżej wymienione źródła finansowania nie podają wielkości nakładów z uwagi na fakt, iż w większości zakładane są one w budżetach rocznych. Poniżej podano zakładane finansowanie opieki psychiatrycznej ze źródeł Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 według prognoz Ministerstwa Zdrowia w 2010 dla Polski (które mogą ulec zmianie).

Rozdział XI – Monitoring i ewaluacja Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Pomorski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakłada prowadzenie monitoringu i ewaluacji realizacji Programu przez Pomorski Zespół ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego. .

Prowadzony corocznie monitoring i ewaluacja realizacji Programu pozwoli na podejmowanie kolejnych niezbędnych działań, aby osiągnąć założone cele i zadania.

Wszystkie podmioty realizujące zadania *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* są zobligowane do składania w Ministerstwie Zdrowia rocznych sprawozdań z wykonania zadań objętych harmonogramem realizacji NPOZP w terminie do 15 maja każdego roku.

Monitorowanie i ewaluacja Programu następuje w systemie rocznym oraz zbiorczo, po jego zakończeniu.

Szczegółowe zasady monitoringu, ewaluacji i metodologię Programu określi Pomorski Zespół ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego

Zgodnie ze światowymi standardami monitoring i ewaluacja zadań związanych ze ochroną zdrowia psychicznego powinna odbywać się na trzech płaszczyznach:

- Monitoring epidemiologiczny – dzięki któremu widoczne są trendy i dynamika zagrożeń związanych ze zdrowiem psychicznym i jego ochroną; pozwala uzyskać wiedzę o dynamice tego zjawiska. Dane te będą pozyskiwane na potrzeby Programu od Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, Wydziału Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych instytucji;

- Monitoring zjawisk społecznych – który pozwala obserwować zachowania społeczne. Ocena będzie odbywać się na podstawie liczby uczestniczących w poszczególnych zadaniach, badaniu stopnia zadowolenia i atrakcyjności podejmowanych działań, monitorowania mass-mediów;

- Monitoring realizacji projektów i działań w kontekście wyznaczonych w NPOZP wskaźników – pozwala na skuteczniejszą alokację środków, wskazuje nowe formy i obszary dla działań.

System monitorowania powinien obejmować przede wszystkim informacje o rodzajach realizowanych działań przez podmioty – partnerów współrealizujących Program w zakresie celów NPOZP, ich efektach oraz sposobie finansowania, ze szczególnym uwzględnieniem:

- Działań podejmowanych na rzecz promocji zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej
- Działań podejmowanych na rzecz wsparcia osób z problemami zdrowia psychicznego i ich otoczenia
- Działań podejmowanych na rzecz upowszechnienia środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego.

Rozdział XII
Harmonogram realizacji zadań Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
na lata 2013 – 2015

Cel główny wg NPOZP	Cel szczegółowy wg NPOZP	Zadania do realizacji	Wskaźniki monitorowania działań	Realizatorzy	Szacunkowa kwota realizacji zadania (w zł)	Termin realizacji	
Cel Główny nr 1. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym	Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu	1.1	Ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego na obszarze województwa pomorskiego	Liczba priorytetów	Samorząd Województwa Pomorskiego, Pomorski Zespół ds. Zdrowia Psychicznego,	0	Zadanie zrealizowane
		1.2	Opracowanie i realizacja regionalnego programu promocji zdrowia psychicznego, ze szczególnym ukierunkowaniem na młodzież szkolną i osoby starsze	Liczba odbiorców, liczba zaangażowanych podmiotów, coroczna ewaluacja programu	Samorząd Województwa Pomorskiego, samorządy lokalne, placówki ochrony zdrowia, organizacje pozarządowe, Pomorski Zespół ds. Zdrowia Psychicznego	70 000/rok	2013 - opracowanie 2014-2015 realizacja
		1.4	Organizowanie różnych form szkoleń i konferencji o problematyce promocji zdrowia psychicznego dla specjalistów i ogółu społeczeństwa	Liczba konferencji/szkoleń (min. 1 konferencja i 1 szkolenie w roku), liczba odbiorców, liczba zaangażowanych podmiotów, analiza ankiet ewaluacyjnych wraz z rekomendacjami	Samorząd Województwa Pomorskiego wraz z lokalnymi samorządami, placówki ochrony zdrowia, placówki oświatowe, organizacje pozarządowe	30 000/rok	2013 - 2015
		1.5	Prowadzenie kampanii medialnych różnego typu promującej zdrowie psychiczne	Liczba kampanii, liczba odbiorców, liczba zaangażowanych podmiotów	Samorządy terytorialne (koalicje), placówki ochrony zdrowia, organizacje pozarządowe, placówki oświatowe	40 000/rok	2013 - 2015
		1.6	Udostępnianie informacji na temat zdrowia psychicznego na oficjalnych stronach samorządów, placówek ochrony zdrowia, placówek oświatowych, organizacji pozarządowych	Liczba stron internetowych, ilość wejść na stronę internetową, liczba udostępnionych informacji	Samorząd Województwa Pomorskiego, jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatowego i gminnego, placówki ochrony zdrowia, placówki oświatowe, organizacje pozarządowe	0	2013 - 2015
		1.7	Promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy	Liczba podjętych działań	Wojewódzki Urząd Pracy, powiatowe urzędy pracy, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015

		1.8	Organizacja konferencji/szkoleń na temat strategii radzenia sobie ze stresem, zapobiegania rozwojowi nerwic i depresji, zapobiegania samobójstwom oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych wśród różnych grup społecznych	Ilość konferencji/szkoleń (min. 1 rocznie), liczba odbiorców, liczba zaangażowanych podmiotów, analiza ankiet ewaluacyjnych wraz z rekomendacjami	Jednostki samorządów terytorialnych, placówki ochrony zdrowia, organizacje pozarządowe	10 000/rok	2014 - 2015
		1.9	Organizacja szkoleń na temat form edukacji dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy pediatrów	Liczba szkoleń, liczba odbiorców, liczba zaangażowanych podmiotów, analiza ankiet ewaluacyjnych wraz z rekomendacjami	Samorząd Województwa Pomorskiego we współpracy z samorządami lokalnymi, jednostkami ochrony zdrowia i organizacjami pozarządowymi	10 000/rok	2014 - 2015
	Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi	2.1	Realizacja programów informacyjno - edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia, akceptacji i przeciwdziałania dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi - zadania zlecone organizacjom pozarządowym	Liczba programów, liczba odbiorców, liczba zaangażowanych podmiotów	Samorządy terytorialne, organizacje pozarządowe, placówki ochrony zdrowia, placówki oświatowe	20 000/rok	2013 - 2015
		2.2	Zadania zlecone dla organizacji pozarządowych w zakresie przeciwdziałania stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu oraz działań na rzecz integracji społecznej	Liczba zrealizowanych działań, liczba odbiorców	Samorząd Województwa Pomorskiego (ROPS, Departament Edukacji i Sportu), jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatowego i gminnego, placówki ochrony zdrowia, organizacje pozarządowe, placówki oświatowe	20 000/rok	2013 - 2015
		2.3	Badanie dotyczące postaw wobec ludzi z zaburzeniami psychicznymi wśród mieszkańców regionu i pracodawców	Analiza wyników wraz z rekomendacjami	Samorząd Województwa Pomorskiego we współpracy z Wojewódzkim Urzędem Pracy	40 000	2014
	Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego	3.1	Tworzenie regionalnych i lokalnych ośrodków poradnictwa i pomocy psychospołecznej ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń rozwoju psychicznego u dzieci oraz interwencji kryzysowej - docelowo w każdym powiecie centrum interwencji kryzysowej	Liczba ośrodków, liczba odbiorców, liczba zaangażowanych podmiotów, wskaźnik dostępności na 10 tys mieszkańców	Jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatowego i gminnego, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, instytucje rządowe, organizacje pozarządowe, ośrodki interwencji kryzysowej, placówki oświatowe, placówki ochrony zdrowia	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015

		3.2	Realizacja programów psychoprofilaktycznych i psychotraumatologicznych dla funkcjonariuszy resortów mundurowych, służb ratowniczych oraz ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych	Liczba programów, liczba odbiorców, liczba zaangażowanych podmiotów	Jednostki służb mundurowych, ratowniczych, jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatowego i gminnego, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, ośrodki interwencji kryzysowej, placówki ochrony zdrowia	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015
		3.3	Prowadzenie szkoleń pracowników sektora ochrony zdrowia z zakresu wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy pierwszego kontaktu	Liczba szkoleń, liczba odbiorców, liczba zaangażowanych podmiotów, analiza ankiet ewaluacyjnych	Jednostki ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015
		3.4	Prowadzenie działań informujących o dostępnej pomocy dla ofiar przemocy, katastrof, klęsk żywiołowych oraz kryzysów występujących w rodzinie (publikacja, kampanie medialne, strony www) w województwie	Liczba podjętych działań, analiza merytoryczna podjętych działań	Jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatowego i gminnego, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, instytucje rządowe, organizacje pozarządowe, ośrodki interwencji kryzysowej, placówki edukacyjne, placówki ochrony zdrowia	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015
Cel Główny nr 2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku i rodzinie	Upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej	1.1	Ocena możliwości powstania Centrów Zdrowia Psychicznego w oparciu o funkcjonujące podmioty na terenie województwa	Opracowanie wniosków	Samorząd Województwa Pomorskiego (Departament Zdrowia)	0	Zadanie zrealizowane
		1.2	Działania wspierające powstawanie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa	Liczba nowych CZP, liczba działań (np. pism, monitów)	Samorząd Województwa Pomorskiego, NFZ, Wojewoda Pomorski, samorządy lokalne, placówki ochrony zdrowia	0	2013 - 2015
		1.3	Dostosowanie bazy lecznictwa dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi zgodnie z wymogami NPOZP	Liczba placówek/miejsc/ łóżek w stosunku do zalecanych wskaźników dostępności	Podmioty organizujące i zapewniające różne formy opieki psychiatrycznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem NFZ, Samorządu Województwa Pomorskiego, samorządów lokalnych, podmiotów leczniczych	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015

	1.4	Dostosowanie bazy lecznictwa dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi zgodnie z wymogami NPOZP	Liczba placówek/miejsc/ łóżek w stosunku do zalecanych wskaźników dostępności	Podmioty organizujące i zapewniające różne formy opieki psychiatrycznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem NFZ, Samorządu Województwa Pomorskiego, samorządów lokalnych, podmiotów leczniczych	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015	
	1.5	Opracowanie i wdrożenie programu restrukturyzacji dużych szpitali psychiatrycznych	Opracowany program	Samorząd Województwa Pomorskiego (Departament Zdrowia), NFZ, Wojewoda Pomorski, samorządy lokalne, placówki ochrony zdrowia	opracowanie - 0 zł, wdrożenie - kwota zostanie określona w roku 2013	2013 - opracowanie 2014-2015 wdrożenie	
	1.6	Dostosowanie zatrudnienia kadry medycznej w jednostkach ochrony zdrowia psychicznego do wskaźników określonych w NPOZP	Liczba personelu, wskaźnik zatrudnienia na 10 tys mieszkańców	Placówki ochrony zdrowia, NFZ, Samorząd Województwa Pomorskiego, jednostki samorządów lokalnych	0	2013 - 2015	
	1.7	Zwiększenie ilości miejsc specjalizacyjnych w województwie dla kadry medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem psychologów klinicznych (o 20 miejsc) i pielęgniarek psychiatrycznych (o 20 miejsc)	Ilość nowych miejsc	Uczelnie medyczne, uczelnie kształcące na kierunkach psychologicznych i pielęgniarstwie, Samorząd Województwa Pomorskiego, samorządy lokalne	0	2014 - 2015	
	1.8	Stworzenie sieci placówek oświatowych przyjaznych dzieciom i młodzieży z chorobami psychicznymi	Liczba placówek	Samorząd Województwa Pomorskiego, samorządy lokalne, placówki oświatowe, podmioty lecznicze	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013-2014	
	Upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego -	2.1	Promowanie i upowszechnianie dobrych praktyk realizowanych przez OPS-y i PCPR-y wobec osób z zaburzeniami psychicznymi będącymi w systemie pomocy społecznej	Liczba artykułów w Biuletynie ROPS-u, liczba informacji na stronach internetowych ROPS-u	ROPS	0	2013 - 2015
		2.2	Promowanie i upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie współpracy z CZP lub innymi placówkami ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do osób pozostających w systemie pomocy społecznej	Liczba artykułów w Biuletynie ROPS-u, liczba informacji na stronach internetowych ROPS-u	ROPS	0	2013 - 2015

	2.3	Wspieranie finansowe samopomocowych projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób uzależnionych oraz niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi w ramach procedur konkursowych	Liczba programów, kwoty dotacji	ROPS	30 000/rok	2013 - 2015
	2.4	Współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy oparcia społecznego dla osób uzależnionych oraz niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają ciągłego działania	Sprawozdania roczne ze współpracy	ROPS, organizacje pozarządowe	Kwoty określone zostaną w terminie późniejszym	2013 - 2015
	2.5.	Informacja i upowszechnianie dobrych praktyk realizowanych przez OPS-y i PCPR-y przy współpracy z organizacjami pozarządowymi wobec osób z zaburzeniami psychicznymi będącymi w systemie pomocy społecznej	Liczba artykułów w Biuletynie ROPS-u, liczba informacji na stronach internetowych ROPS-u	ROPS, organizacje pozarządowe	7 000/rok	2013 - 2015
	2.6.	Opracowanie diagnozy sytuacji we wskazanym zakresie na podstawie informacji zebranych z powiatów i gmin (m.in. ocena zasobów, potrzeb oraz sytuacji osób chorych psychicznie korzystających - pozostających w systemie pomocy społecznej);	Wyniki badań wraz z rekomendacjami	ROPS	0	2013 - 2015
	2.7.	Kontynuowanie współpracy w ramach Pomorskiej Koalicji Na Rzecz Zdrowia Psychicznego	Sprawozdania roczne ze współpracy	ROPS, organizacje pozarządowe	0	2013 - 2015

Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi	3.1	Opracowanie i realizacja wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanej do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	Przygotowany program, Liczba placówek, przedsiębiorstw i osób objętych projektem/rok	Urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne, PFRON, Samorząd Województwa Pomorskiego	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015
	3.2	Organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Liczba osób objętych różnymi formami działalności, liczba placówek/przedsiębiorstw	Powiatowe urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, PFRON, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne, Samorząd Województwa Pomorskiego	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015
	3.3	Przeprowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi	Liczba projektów i pracodawców objętych oddziaływaniem/rok	Powiatowe urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, PFRON, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne,	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015
	3.4	Objęcie osób z zaburzeniami psychicznymi wyspecjalizowanymi usługami z zakresu indywidualnego i grupowego poradnictwa zawodowego	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi korzystających z indywidualnego wsparcia/uczestniczących w zajęciach grupowych, analiza coroczna	Wojewódzki Urząd Pracy, powiatowe urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, PFRON, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015
	3.5	Organizowanie spotkań i szkoleń podnoszących kompetencje osób zajmujących się poradnictwem zawodowym dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Liczba zorganizowanych spotkań/szkoleń. Liczba uczestników szkoleń, analiza ankiet ewaluacyjnych	Wojewódzki Urząd Pracy, powiatowe urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, PFRON, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015
	3.6	Organizowanie szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Liczba zorganizowanych szkoleń. liczba uczestników, analiza ankiet ewaluacyjnych	Wojewódzki Urząd Pracy, powiatowe urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, PFRON, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015

		3.7	Wspieranie działalności jednostek pomocy społecznej i organizacji pozarządowych w zakresie aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi (dyżury doradców zawodowych, spotkania dotyczące wymiany dobrych praktyk).	Liczba organizowanych spotkań, liczba organizowanych dyżurów doradców zawodowych.	Wojewódzki Urząd Pracy, powiatowe urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, PFRON, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne	Kwoty określą poszczególni realizatorzy	2013 - 2015
		3.8	Wspieranie zainteresowanych pracodawców zatrudniających osoby z zaburzeniami psychicznymi poprzez udzielanie indywidualnych porad zawodowych, dotyczących rozwoju zawodowego pracodawcy i pracowników.	Liczba udzielonych porad	Wojewódzki Urząd Pracy, powiatowe urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, PFRON, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne	0	2013 - 2015
	Koordynacja różnych form opieki i pomocy	4.1	Powołanie Pomorskiego Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego	Uchwała Zarządu Województwa Pomorskiego	Samorząd Województwa Pomorskiego	0	Zadanie zrealizowane
		4.2	Opracowanie Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	Uchwała Zarządu Województwa Pomorskiego	Interesariusze Programu	0	Zadanie zrealizowane
		4.3	Przygotowanie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Coroczna publikacja	Samorząd Województwa Pomorskiego (Departament Zdrowia, ROPS, Departament Edukacji i Sportu), samorządy lokalne	15 000/rok	2013 - 2015
		4.4	Monitorowanie Pomorskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	Sprawozdanie roczne/półroczne	Samorząd Województwa Pomorskiego, Pomorski Zespół ds. Zdrowia Psychicznego	0	2013 - 2015