

Załącznik do uchwały Nr 1631/381/18
Zarządu Województwa Mazowieckiego
z dnia 15 października 2018 r.

Mazowiecki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018–2021

Samorząd Województwa Mazowieckiego



Warszawa 2018

Spis treści

Wstęp	3
Mazowiecka Rada Ochrony Zdrowia Psychicznego	4
Realizatorzy	4
Źródła finansowania	5
Podstawy prawne	5
I. Zdrowie psychiczne	9
1. Definicje	9
2. Uwarunkowania zdrowia psychicznego	10
3. Konsekwencje społeczne występowania zaburzeń psychicznych	12
4. Wykluczenia społeczne wynikające z zaburzeń psychicznych	13
II. Diagnoza epidemiologiczna województwa mazowieckiego	15
1. Charakterystyka województwa mazowieckiego	15
2. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w województwie mazowieckim	15
III. Zasoby systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki psychiatrycznej na Mazowszu	19
IV. Analiza SWOT systemu ochrony zdrowia psychicznego na Mazowszu	24
IV. Cele Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2021	25
Cel 1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb	25
Cel 2. Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi	31
Cel 3. Podejmowanie innych działań mających na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród mieszkańców Mazowsza	33
V. Monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu	34

Wstęp

Badania epidemiologiczne wskazują, że problem zaburzeń psychicznych może dotyczyć nawet 6 mln Polaków. Przeprowadzone w 2010 r. badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska” ujawniło, że co najmniej jedno zaburzenie psychiczne (w ciągu życia) można było rozpoznać u 23,4% populacji naszego kraju. Wśród tych osób co czwarta doświadczała więcej niż jednego z badanych zaburzeń, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej.



Rys. 1. Częstotliwość występowania zaburzeń psychicznych w Polsce; źródło: opracowanie własne.

Najczęściej występujące są zaburzenia związane z używaniem substancji (w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu i narkotyków). Kolejnymi pod względem rozpowszechnienia są zaburzenia nerwicowe, wśród których najczęstsze to fobie specyficzne i fobie społeczne. U badanych respondentów rozpoznawano także depresję, dystymię, manię oraz impulsywne zaburzenia zachowania.

Zaburzenia zdrowia psychicznego stanowią często ogromne obciążenie dla poszczególnych osób i rodzin, mogąc prowadzić do upośledzenia funkcjonowania, zmniejszenia wydajności pracy, zaburzenia relacji rodzinnych i społecznych, nasilenia zjawiska przemocy lub zachowań autodestrukcyjnych i samobójczych.

Powyższe dane ukazują ogromne zapotrzebowanie na usługi ochrony zdrowia psychicznego. Zgodnie z wynikami badania EZOP – z pomocy psychiatrycznej w Polsce korzysta ok. 25% osób rzeczywiście jej potrzebujących, a nakłady na ochronę zdrowia psychicznego wynoszą ok. 3,5% wydatków na wszystkie świadczenia zdrowotne.

Mazowiecka Rada Ochrony Zdrowia Psychicznego

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, uchwałą nr 1547/280/17 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 10 października 2017 r., powołana została Mazowiecka Rada Zdrowia Psychicznego.

Rada została powołana do realizacji następujących zadań:

1. Koordynowanie i monitorowanie realizacji zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych.
2. Współdziałanie przy opracowaniu Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018–2021.
3. Podejmowanie innych inicjatyw i działań w zakresie ochrony i promocji zdrowia psychicznego, w szczególności pełnienie funkcji opiniodawczej i doradczej dla samorządu województwa.

Do udziału w pracach zespołu zaproszenie przyjęli między innymi: konsultanci wojewódzcy w dziedzinie psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego, przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej i opieki zdrowotnej z terenu Mazowsza oraz przedstawiciele: Wojewody Mazowieckiego, Mazowieckiego Kuratorium Oświaty i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Realizatorzy

Samorząd Województwa Mazowieckiego zakłada aktywną współpracę wielu podmiotów w celu realizacji zadań określonych w Mazowieckim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Wykonawcami działań mogą być: samorządy terytorialne, podmioty lecznicze, zakłady pracy i pracodawcy, organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, a także inne instytucje organizujące i zapewniające różne formy wsparcia i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Koordynatorem współpracy i działań mających na celu wdrożenie niniejszego dokumentu będzie Departament Zdrowia i Polityki Społecznej współpracujący z Mazowiecką Radą Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Źródła finansowania

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 „przedmiotowe zadania zawarte w Programie wskazane do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego należą do grupy zadań własnych i finansowane będą ze środków będących w dyspozycji jednostki samorządu terytorialnego”.

W związku z powyższym Samorząd Województwa Mazowieckiego będzie corocznie określał kwotę środków finansowych na realizację zadań związanych z wdrażaniem Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Dodatkowym wsparciem mogą być środki unijne w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, wydatkowane na regionalne programy zdrowotne realizowane zgodnie z Regionalnym Programem Operacyjnym dla Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Działania określone w Programie planowane są do realizacji w sposób ciągły (w latach 2018-2021), uzależniony jednak od wysokości środków finansowych, którymi będą dysponowały podmioty odpowiedzialne za przeprowadzenie zadań z poszczególnych części Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Podstawy prawne

Ochrona zdrowia psychicznego w świetle dokumentów WHO

Kwestie dotyczące problemów zdrowia psychicznego zajmują w pracach i dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) znaczące miejsce, a osiągnięcie dobrego zdrowia psychicznego zostało uznane za jeden z warunków osiągnięcia pełnego dobrostanu. Definicja zdrowia, zapisana w Konstytucji WHO [1948] wskazuje, że zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych. Także, jako jedno z głównych zadań WHO, a tym samym państw członkowskich Organizacji, wskazano wspieranie działań na polu zdrowia psychicznego, zwłaszcza tej działalności, która dotyczy harmonii stosunków między ludźmi (art. 2m Konstytucji WHO). Zdrowie psychiczne było wielokrotnie dyskutowane na forum Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly – WHA), głównego decyzyjnego organu WHO i znalazło odzwierciedlenie w licznych rezolucjach – formalnych zobowiązaniach państw do działań na rzecz poprawy zdrowia psychicznego.

Przyjęto Rezolucję na temat Promocji Zdrowia Psychicznego [1975], Rezolucję w zakresie Psychospołecznych Czynników i Zdrowia [1976], Rezolucję na temat Upośledzenia Umysłowego [1977], oraz Rezolucję w zakresie Prewencji Psychiczych, Neurologicznych i Psychospołecznych Zaburzeń [1986]. Natomiast państwa Regionu Europejskiego przyjęły Deklarację Ateńską na temat Zdrowia Psychicznego, Katastrof i Cierpienia Spowodowanego przez Człowieka, Stygmatyzacji i Opieki Środowiskowej [2001].

Ważnym wydarzeniem była publikacja Raportu na temat Zdrowia na Świecie w 2001 Zdrowie Psychiczne: Nowe Zrozumienie, Nowa Nadzieja [WHO 2001b]. W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się znaczący wzrost zainteresowania zdrowiem psychicznym i silne dążenie do zwiększenia wysiłków na rzecz jego poprawy. Dotyczy to w zarówno poziomu globalnego, jak i samego Regionu Europejskiego WHO. Państwa europejskie uchwaliły Deklarację o Ochronie Zdrowia Psychicznego w Europie [2005], a obecnie przyjęto dwa strategiczne dokumenty: Globalny Spójny Plan Działania w zakresie Zdrowia Psychicznego 2013-2020 [2013a] oraz Europejski Plan Działania [2013b].¹

Ochrona zdrowia psychicznego w świetle dokumentów UE

Komisja Europejska stosunkowo niedawno uznała, że kwestie zdrowia psychicznego stanowią dla Unii Europejskiej (UE) poważne wyzwanie. Przełomowy dla podjęcia szerokiej debaty na ten temat była, opublikowana 14.10.2005 roku, tzw. Zielona Księga (*Green Paper*) zatytułowana Poprawa zdrowia psychicznego ludności; w stronę strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej [Komisja Europejska, 2005]. Dokument stwierdzał, że koszty chorób psychicznych pochłaniają 3-4% PKB krajów członkowskich, zwracał uwagę, że zaburzenia psychiczne są główną przyczyną zgonów z powodu samobójstw, których liczba zbliża się do 60 tysięcy i przewyższa liczbę ofiar wypadków drogowych, ostrzegał, że ok. roku 2020 depresja może stać się główną przyczyną chorób w krajach rozwiniętych, podkreślał problem stygmatyzacji oraz nierówności w zdrowiu psychicznym. Ukoronowaniem podjętej dyskusji była konferencja Unii Europejskiej „Razem dla Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego”, która miała miejsce 13.06.2008 i na której przyjęto Europejski Pakt na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu [Unia Europejska, 2008]. Pakt podejmował następujące priorytety:

- zapobieganie samobójstwom i depresji,
- promocja zdrowia psychicznego i dobrostanu wśród dzieci i młodzieży,
- promocja zdrowia psychicznego i dobrostanu w miejscu pracy,
- zdrowie psychiczne i dobrostan ludzi starszych,
- promowanie społecznej inkluzji i walka ze stygmatyzacją.

¹ Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO”, Warszawa, maj 2014.

Niecałe dwa lata później, w przyjętym 30.03.2010 Traktacie o Funkcjonowaniu UE [Unia Europejska, 2010], w pierwszym artykule z rozdziału Zdrowie Publiczne ogłasza się, że: Unia Europejska, uzupełniając polityki krajowe, będzie podejmować działania zmierzające do poprawy zdrowia publicznego, zapobiegać zaburzeniom i chorobom somatycznym i psychicznym, usuwać źródła ryzyka dla zdrowia somatycznego i psychicznego (art. 168). W kolejnym artykule Państwa Członkowskie zachęcane są do szerokiej współpracy badawczej i wymiany doświadczeń.

Od czasu opublikowania Zielonej Księgi, nasiliły się w UE zagrożenia dla zdrowia psychicznego. Z jednej strony starzenie się społeczeństw UE powoduje narastanie zaburzeń związanych z wiekiem, z drugiej strony kryzys gospodarczy i cała organizacja życia społecznego zwiększa poczucie niepewności, nieprzewidywalności własnego losu, wykluczenia społecznego i braku zaufania. Wszystko to odbija się na zdrowiu psychicznym mieszkańców UE i prowadzi do rozpowszechniania depresji, nadużywania substancji, zaburzeń lękowych. W efekcie tych tendencji coraz groźniejsze stają się zjawiska związane z przemocą i samounicestwieniem.²

Ochrona zdrowia psychicznego w świetle dokumentów krajowych

Prawo do ochrony zdrowia uważa się za prawo konstytucyjne, tj. *expressis verbis* wyrażone w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, w której to w art. 68 ust. 1 zapisano, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

Podstawowym polskim aktem prawnym wyznaczającym najważniejsze obszary działania w ochronie zdrowia psychicznego jest ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Celem ustawy jest zapewnienie właściwej gwarancji poszanowania praw i godności obywatelskich, wśród których zdrowie psychiczne zajmuje kluczową pozycję. Kluczowym aktem wykonawczym do ww. ustawy jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

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,
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

² „Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO”, Warszawa, maj 2014.

Na ich podstawie opracowano wieloletnie prognozy działań zmierzające do ograniczenia podaży i rozwiązywania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego obejmuje zadania dotyczące „zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz działania dotyczące kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji”. Natomiast wszelkie działania dotyczące „promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym” są realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym.

Konieczność opracowania Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2021 wynika z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

Mazowiecki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego ma charakter strategiczny i wyznacza kierunki rozwoju opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu, w realizację których powinno być zaangażowanych wiele niezależnych podmiotów takich jak organy administracji rządowej, samorządowej wszystkich szczebli oraz organizacje pozarządowe.

I. Zdrowie psychiczne

1. Definicje

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie psychiczne jest stanem dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, radzi sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie i owocnie pracuje oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty. Zdrowie psychiczne można ujmować przez dwa wymiary: pozytywne zdrowie psychiczne – to dobrostan jednostki i takie zasoby, które umożliwiają radzenie sobie z trudnościami i unikanie załamania stanu zdrowia; negatywne zdrowie psychiczne – wiąże się z objawami negatywnymi, określanymi jako psychologiczny dystres i występowaniem zaburzeń psychicznych.

Pozytywne zdrowie psychiczne oznacza m.in. rozwijanie swoich mocnych stron, czyli takich kompetencji, które umożliwiają konfrontację i harmonijne przechodzenie przez niepowodzenia, trudności i zagrożenia. W przyjętej przez WHO definicji zdrowia psychicznego, należy podkreślić, iż zdrowie psychiczne jest nieodłączną częścią ogólnego stanu zdrowia. W takim samym stopniu jak zdrowie fizyczne determinuje dobrostan pojedynczych jednostek, rodzin, wspólnot, społeczeństw. Zaburzenia, które utrudniają jednostce samodzielne funkcjonowanie mogą stanowić zaburzenia psychiczne. Zgodnie z definicją WHO pod pojęciem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania rozumie się schorzenia o charakterze klinicznym objawiające się zmianami w myśleniu, nastroju lub zachowaniu związanymi z problemami osobistymi i/lub upośledzonym funkcjonowaniem. Dla zaburzeń tych charakterystyczne jest występowanie nienaturalnych myśli, emocji, zachowań i relacji z innymi osobami.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania stanowią wyodrębnioną grupę chorób, oznaczoną literą F. Raport z 2001 r. Światowej Organizacji Zdrowia, odnoszący się do kwestii zdrowia psychicznego „Zdrowie psychiczne, nowe rozumienie, nowa nadzieja”, wśród zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wymienia jako najczęściej występujące:

- depresję,
- schizofrenię,
- zaburzenia zachowania,
- zaburzenia związane ze spożywaniem alkoholu i narkotyków,
- samookaleczenia.

Z kolei ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego definiuje osoby z zaburzeniami psychicznymi jako:

- osoby chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychotyczne),
- upośledzone umysłowo,
- wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub socjalnych.

2. Uwarunkowania zdrowia psychicznego

Według raportu WHO większość zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowań powodują interakcje pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi oraz socjalnymi. Oznacza to, że w ciągu trwania życia człowieka, predyspozycje genetyczne oraz czynniki otaczające determinują zdolność jednostki do zapadania na powyższe choroby.

Raport WHO zwraca szczególną uwagę na rolę czynników socjalnych w uwarunkowaniu powstawania zaburzeń psychicznych. Jako priorytetowe wymieniane są:

- ubóstwo – a zwłaszcza niski status społeczny,
- niski poziom wykształcenia,
- płeć żeńska w przypadku nerwic i depresji (częstym powodem są zmiany hormonalne w organizmie, np. na skutek macierzyństwa, ale też większe narażenie na przemoc domową, nadużywanie leków psychotropowych),
- wiek dziecięcy i starczy (rozwój emocjonalny w dzieciństwie ma znaczny wpływ na występowanie zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym, u ludzi starszych zwiększa się tendencja do zapadania na zaburzenia psychiczne, zwłaszcza na depresję),
- sytuacje konfliktów i katastrof,
- czynniki rodzinne i środowiskowe (utrata małżonka, utrata pracy, relacje rodzinne),
- choroby o dużym zagrożeniu dla zdrowia/życia (nowotwory, AIDS).

Bez względu na przyjętą metodologię badań, w ostatnich latach zauważalny jest wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Badanie Epidemiologic Catchment Area Study prowadzone w latach 1980-1985 przez amerykański National Institute of Mental Health wskazało, że u ponad 54% respondentów występowały co najmniej dwa zaburzenia psychiczne w ciągu trwania życia. Podobne wyniki uzyskano w kolejnych amerykańskich badaniach epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Badanie The National Comorbidity Study

przeprowadzone w latach 1990-1992 wykazało, że 48% populacji USA doświadcza w ciągu całego życia przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego, 29% osób, z którymi przeprowadzono wywiady, w chwili badania miało objawy zaburzeń psychicznych. Badanie obejmowało próbę reprezentatywną dla całego kraju, tj. 8 098 osób w wieku od 15 do 54 lat, pochodzących z 48 amerykańskich stanów. W latach 2001–2003, w ramach międzynarodowego projektu badawczego koordynowanego przez WHO, przeprowadzono badanie epidemiologiczne, którym objęto łącznie 9 282 respondentów. Stwierdzono, że 57,4% ankietowanych doświadczyło w przeszłości zaburzeń psychicznych, oraz że 32,4% cierpiało z ich powodu w ciągu roku poprzedzającego badanie. Oceniono, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w ciągu całego życia u kobiet jest nieco niższe w niż u mężczyzn i wynosi 56,5% w grupie kobiet i 58,4% w grupie mężczyzn. Podobne wyniki uzyskano w badaniu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska”, przeprowadzonego w latach 2010-2011. Otrzymane dane wskazały, że występowanie przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozpoznano u 23,4% osób (6 mln osób). To pierwszy w naszym kraju projekt zrealizowany na próbie 10 000 respondentów, mający na celu oszacowanie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce. Z badań EZOP wynika, że co czwarty Polak w wieku produkcyjnym doświadczał w swoim życiu zaburzeń psychicznych. Przynajmniej jedno zaburzenie – z 18 definiowanych w klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) można było rozpoznać u 23,4% osób (6 mln. osób), co czwarty Polak doświadczył więcej niż jednego z badanych zaburzeń, a co dwudziesty piąty – trzech i więcej. Do najczęstszych zaburzeń należały te związane z przyjmowaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%). Blisko 10% mieszkańców Polski (2,5 mln) cierpiało na zaburzenia nerwicowe, w tym fobie specyficzne, a prawie milion na poważne zaburzenia afektywne takie jak depresja, dystymia, mania. Znaczna część Polaków ujawnia, że w przeszłości doświadczała zaburzeń psychicznych, przy czym do najczęstszych należały zaburzenia afektywne - 30,9% (obniżenie nastroju i aktywności), fobie - 30,6%, zaburzenia lękowe - 23,9%. Badanie EZOP pokazało wyraźnie, że problemy ze zdrowiem psychicznym rzutują na różne dziedziny życia. Trudności z codziennym funkcjonowaniem (poznawczym, ruchowym, indywidualnym, czy społecznym) doświadcza z takiego powodu ok. 19% populacji (prawie 5 mln osób), co przekłada się na ograniczenia zdolności do wykonywania pracy lub codziennych czynności (18%), obniżenia jakości wykonywanej pracy (16%) lub wkładania w jej wykonywanie większego wysiłku (14%).

Wstępne wnioski z analiz badań epidemiologicznych mówią o częstym występowaniu nawet kilku zaburzeń (dwóch lub więcej) u jednej osoby. Stwierdzono, że odsetek osób, które w ciągu roku poprzedzającego wywiad doświadczały zaburzeń psychicznych, waha się w zależności od kraju, w którym przeprowadzono badanie i wynosi od 4,3% do 26,4% w USA. W wielu przypadkach objawy

mają umiarkowane nasilenie. Podkreśla się również fakt, iż większość osób, które spełniają kryteria rozpoznania zaburzeń psychicznych, nie korzysta z profesjonalnej pomocy medycznej. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych odsetek chorych nieobjętych opieką, u których zidentyfikowano głębokie zaburzenia psychiczne, waha się od 35% do 52%. W pozostałych państwach wskaźnik ten ma rozpiętość od 65% do 88%.

W Polsce blisko 2 mln osób rocznie poddawanych jest hospitalizacji psychiatrycznej. Jednak rzeczywista liczba osób wymagających opieki psychiatrycznej jest znacznie większa. Z powodów problemów z adekwatnym do terytorialnego zróżnicowania zaburzeń psychicznych, rozlokowaniem podmiotów leczniczych, występowaniem barier administracyjnych utrudniających zapewnienie szybkiej pomocy doraźnej i skróceniem czasu oczekiwania na leczenie nie wszyscy chorzy zgłaszają się do specjalisty.

Wszystkie te badania jednoznacznie pokazują, że zarówno promocja zdrowia psychicznego, jak lecnictwo psychiatryczne powinny być jednym z priorytetów ochrony zdrowia. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że większość zaburzeń psychicznych ma początek w okresie adolescencji, natomiast zazwyczaj korzystanie z pomocy medycznej jest bardzo oddalone w czasie (o ok. 10 lat). Zjawisko to może być związane z dostępnością do opieki zdrowotnej, stosowaną profilaktyką oraz rozpowszechnianiem wiedzy o zaburzeniach psychicznych.

3. Konsekwencje społeczne występowania zaburzeń psychicznych

Konsekwencje występowania zaburzeń psychicznych można rozpatrywać dwutorowo. Z jednej strony badane mogą być skutki oddziaływania tych chorób na społeczeństwo, może to być społeczność np. na poziomie powiatu, województwa, kraju, z drugiej strony analizować można wpływ choroby na konkretną jednostkę, pod względem jej możliwości samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie i możliwości pełnienia codziennych ról społecznych. Z całą pewnością w wymiarze globalnym zaburzenia psychiczne prowadzą do obniżenia dobrostanu i jakości życia społeczeństwa, ale stanowią też obciążenie dla gospodarki i finansów publicznych. W Polsce koszty problemów (zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych) związanych z brakiem zdrowia psychicznego szacuje się na 3%-4% produktu krajowego brutto. Dla jednostki zaburzenia psychiczne wiążą się najczęściej z utratą pracy albo spadkiem jej wydajności, obniżeniem statusu socjoekonomicznego, marginalizacją oraz wykluczeniem społecznym chorego ale też osób z jego rodziny, zwiększeniem narażenia na ryzyko wystąpienia przestępczości, wypadku drogowego, przemocy w rodzinie, zaniedbywania dzieci, bezdomności lub popełnienia samobójstwa.

Zaburzenia i choroby psychiczne są związane z wysokimi kosztami społecznymi, które łączą się z przerwaniem lub brakiem możliwości wykonywania pracy, rentami i świadczeniami socjalnymi, rehabilitacją. W 2012 r. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych w ramach budżetu państwa oraz środków własnych pracodawców na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wynikających z zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (ICD 10, F00-F99) przeznaczył ponad 5 mld złotych. W tej kwocie najwyższe wydatki związane były ze schizofrenią (1 042 mln zł) i depresją (780 mln zł). W tym samym roku ze względu na niezdolność zawodową spowodowaną schizofrenią rentę pobierało 75,5 tys. osób (786 mln zł). Choroba ta była przyczyną wydania 27,8 tysięcy zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy o łącznej liczbie absencji chorobowej wynoszącej 608,8 tys. dni. Równie wysokie konsekwencje pociągał za sobą epizod depresyjny. Renty z tytułu niezdolności do pracy ze względu na epizod depresyjny pobierało 3,6 tys. osób (37 mln zł). Ponadto epizod depresyjny był przyczyną wydania 197 tys. zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę dni absencji równą 3 760 tys. Nieobecność zawodowa ze względu na nawracających zaburzeń depresyjnych wyniosła 1 628,6 tys. dni.

Przeglądając powyższe doniesienia można zauważyć, że środki wydatkowane na leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania to około 1 mld zł (2015 r.) a koszty ponoszone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i pracodawców to ponad 5 mld zł (2012 r.).

4. Wykluczenia społeczne wynikające z zaburzeń psychicznych

Stereotypy, uprzedzenia oraz niski poziom świadomości społecznej dotyczący chorób psychicznych przekładają się na niezrozumienie osób chorych. Sprzyja to procesowi wykluczenia i stygmatyzacji. Innym ważnym problemem w tym obszarze są niskie kompetencje obywateli w radzeniu sobie z normalnymi kryzysami życiowymi. Część osób nie posiada wystarczającej wiedzy, umiejętności, aby adaptacyjnie podejmować kolejne wyzwania rozwojowe.

Trudności i choroby natury psychologicznej zawsze wiążą się z cierpieniem osoby chorej, obniżeniem sprawnego funkcjonowania oraz zadowolenia z życia. Im większych problemów w zakresie zdrowia psychicznego doświadczamy tym większa szansa na pojawianie się problemów rodzinnych, zawodowych, a także związanych ze zdrowiem. Niskie umiejętności w radzeniu sobie z dolegliwościami psychicznymi, wstyd przed poszukiwaniem oraz brak odpowiedniej pomocy konsekwentnie sprzyjają pogłębianiu zaburzeń. Stałość objawów, wzrost ich nasilenia, niezrozumienie społeczne, niepowodzenie stosowanych metod radzenia sobie z chorobą sprzyjają pogorszeniu stanu zdrowia. Dlatego też należy zauważyć, że brak odpowiedniego wsparcia w zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania może skutkować destrukcją na poziomie

rodzinnym, zawodowym, społecznym i somatycznym co może doprowadzić do konfliktu z prawem lub zakończyć się samobójstwem.

Stygmatyzacja oraz wykluczenie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi to zjawiska, które z dużym natężeniem występują w naszym społeczeństwie, zataczając coraz szersze kręgi i stając się poważnym problemem społecznym. Etykieta „świra” staje się przyczyną deprecjonowania, zakwestionowania pełni człowieczeństwa oraz zepchnięcia na margines życia społecznego ludzi chorych psychicznie. Asumptem problemów i utrudnień nie jest więc jedynie sam fakt psychicznego zaburzenia, ale przede wszystkim określona reakcja otoczenia społecznego na chorobę.

Niewiedza, nieufność, dystans oraz liczne negatywne stereotypy funkcjonujące w społeczeństwie okazują się często największą przeszkodą w reintegracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.³

³ „Stygmatyzacja osób chorych psychicznie. Problemy Psychiatrii.”, E. Dziwota, 2014.

II. Diagnoza epidemiologiczna województwa mazowieckiego

1. Charakterystyka województwa mazowieckiego

Województwo mazowieckie położone jest w środkowo – wschodniej części Polski. Sąsiaduje z sześcioma województwami: warmińsko – mazurskim, podlaskim, lubelskim, świętokrzyskim, łódzkim i kujawsko – pomorskim. Zgodnie z podziałem administracyjnym kraju w województwie wydzielono 37 powiatów ziemskich i 5 miast na prawach powiatu (Płock, Radom, Siedlce, Ostrołęka, Warszawa) oraz 314 gmin, w tym 35 miejskich, 50 miejsko – wiejskich i 229 wiejskich. Województwo mazowieckie jest największe w kraju zarówno pod względem zajmowanego obszaru – 35,6 tys. km² co stanowi 11,4% powierzchni Polski, jak i liczby ludności, która wynosiła w 2016 roku 5,5 mln osób. 64, 2% ogółu ludności mieszka w miastach, głównym skupiskiem jest miasto Warszawa (ponad 1,73 mln osób).

Jest to region o jednej z najmniejszych w kraju stopie bezrobocia (wg. stanu na październik 2017 r. bezrobocie w województwie wynosi 5,6%). Według stanu w końcu grudnia 2016 r. liczba pracujących w gospodarce narodowej w województwie mazowieckim wyniosła 1 584,3 tys. osób. Mazowsze charakteryzuje się jednak dużym przestrzennym zróżnicowaniem stopy bezrobocia. Rozpiętość pomiędzy najniższą a najwyższą stopą bezrobocia wyniosła w 2017 r. ponad 23 p. proc.

W 2016 roku z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w województwie mazowieckim zmarło 300 osób.⁴

Według danych Komendy Głównej Policji w 2016 r. w województwie mazowieckim 1 033 osoby podjęły się zamachu samobójczego, z czego 771 było zakończonych zgonem. W tych grupach kobiety stanowiły odpowiednio 17,8% oraz 14,9%. Natomiast 28,7% wszystkich zamachów zakończonych zgonem spowodowanych było chorobą psychiczną.

2. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w województwie mazowieckim

Na potrzeby analizy liczby zachorowań w chorobach przewlekłych oszacowano wskaźnik zapadalności rejestrowanej - liczby nowych pacjentów z danym rozpoznaniem pojawiających się w systemie publicznej służby zdrowia. W przypadku chorób przewlekłych zapadalność szacowana będzie obliczana dla roku 2014, na podstawie danych NFZ z lat 2009–2015. Liczba nowych

⁴ GUS, Bank Danych Lokalnych, raport na 2016 r.

przypadków pacjentów w publicznym systemie opieki zdrowotnej (zapadalność rejestrowana) uwzględnia każde pierwsze pojawienie się pacjenta w systemie.

Z analizy dokonanej w 2014 r. przez Ministerstwo Zdrowia wynika, iż zapadalność rejestrowana w województwie mazowieckim dla rozpoznań z grupy zaburzenia organiczne wynosiła 12,1 tysięcy, co jest najwyższą wartością w skali kraju. Mazowsze charakteryzuje także w tym zakresie największa w Polsce chorobowość rejestrowana – 84,4 tys. osób.

Również zapadalność rejestrowa dla rozpoznań z grupy uzależnień jest najwyższa w województwie mazowieckim i wynosi 14,5 tys. osób. Jednak ze względu na dużą liczbę mieszkańców, wskaźnik ten w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności wynosi 272,75, co jest jedną z najmniejszych wartości w kraju. Liczbę chorych na Mazowszu oszacowano na 125,1 tys. osób (najwięcej w kraju), co daje wskaźnik chorobowości rejestrowanej w wartości 2 346,09 na 100 tys. ludności.

Województwo mazowieckie charakteryzuje się jedną z największych w kraju zapadalnością na schizofrenię – wg danych na 2014 r. zachorowało na nią 2 tys. Zapadalność rejestrowana na 100 tysięcy ludności wynosiła 38 osób. Na schizofrenię w województwie mazowieckim choruje 35,9 tys. osób. Chorobowość rejestrowana w zakresie psychoz innych niż schizofrenia wynosi w województwie mazowieckim wyniosła w 2014 r. 13,5 tys. osób, co jest najwyższą wartością w kraju. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej wynosił zaś 1,4 tys. osób.

Podobna sytuacja występuje w przypadku zapadalności rejestrowanej w zakresie zaburzeń nastroju – w województwie mazowieckim wynosiła 13 tys. osób, co daje ponad 243 nowych pacjentów, którzy pojawili się w systemie publicznej służby zdrowia z powodu zaburzeń nastroju w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców. Na zaburzenia nastroju w skali kraju najwięcej chory zamieszkuje na Mazowszu - 114,9 tys. osób.

Region Mazowsza charakteryzuje także duża zapadalność rejestrowana w zakresie zaburzeń lękowych – 29.1 tys. osób. oraz duża chorobowość rejestrowana – 233,5 tys. osób. Obie wartości są najwyższymi w skali kraju.

Województwo mazowieckie jest regionem o największej liczbie pacjentów zarejestrowanych w poradni dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji – w 2016 roku były to 240 832 osoby.

Szczegółowe informacje na temat liczby pacjentów (w tysiącach) w poszczególnych województwach w podziale na przyczyny ich zgłoszeń zgodnie z klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, przedstawiają poniższe wykresy.

Tabela 1. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w Polsce w 2016 r. (w tys. osób), źródło: opracowanie własne

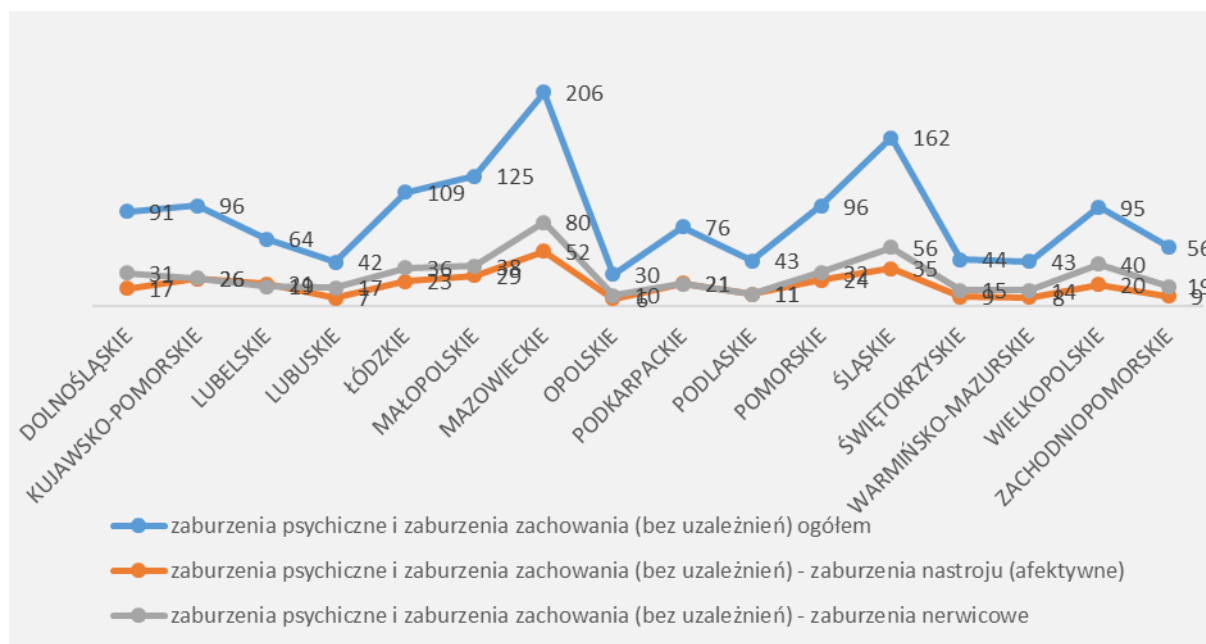
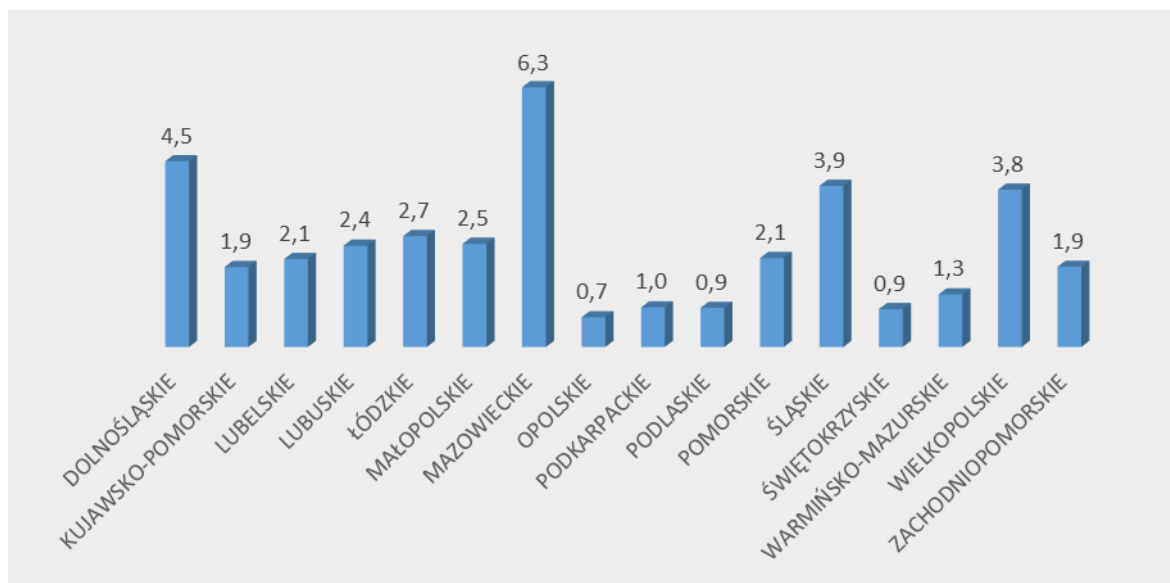


Tabela 2. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu w Polsce w 2016 r. (w tys. osób), źródło: opracowanie własne



Tabela 3. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych w Polsce w 2016 r. (w tys. osób),
źródło: opracowanie własne



III. Zasoby systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki psychiatrycznej na Mazowszu

W Polsce osobom z zaburzeniami psychicznymi świadczenia mogą być udzielane w formie: świadczeń z zakresu pomocy zdrowotnej oraz świadczeń z zakresu oparcia społecznego. Według ustawy o ochronie zdrowia psychicznego opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest realizowana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej w formie pomocy:

- doraźnej,
- ambulatoryjnej,
- dziennej,
- szpitalnej,
- środowiskowej,
- w domach pomocy społecznej.

Do tego, aby skutecznie wspierać osoby z doświadczeniem choroby niezbędne jest prowadzenie działań zróżnicowanych i dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości. W chwili obecnej w Województwie Mazowieckim dostępne są różne rodzaje programów oparcia społecznego przeznaczone dla tej grupy. Do podstawowych należy zaliczyć:

- **Środowiskowe Domy Samopomocy.** Dzielne ośrodki zapewniające rehabilitację społeczną i oparcie. Ich programy są oparte na treningach umiejętności społecznych, terapii zajęciowej oraz różnych formach aktywizacji społecznej. Placówki te nastawione są w największym stopniu na podtrzymanie chorych w ich funkcjonowaniu społecznym oraz zapobieganiu hospitalizacji.
- **Ośrodki Wsparcia.** Dzielne placówki o profilu zbliżonym do ŚDS. Oferta zawiera w sobie wsparcie psychologiczne, kompensowanie sieci społecznych oraz terapię zajęciową. Nakierowane przede wszystkim na podtrzymanie funkcjonowania w społeczności lokalnej poza całodobowymi placówkami psychiatrycznymi i opiekuńczymi.
- **Warsztaty Terapii Zajęciowej.** Dzielne ośrodki przygotowujące do podjęcia zatrudnienia. Oferują dość intensywny program rehabilitacji społecznej i aktywizacji zawodowej. Zawierają elementy wsparcia zawodowego polegające na doradztwie zawodowym i pomocy w zdobywaniu miejsc pracy. Ich program jest bardziej intensywny niż w ŚDS lub OW. Podstawą jest nacisk na nabywanie kwalifikacji niezbędnych do podjęcia pracy.

- **Warszawski Dom pod Fontanną.** Należy on do sieci wywodzących się z USA ośrodków dziennych oferujących programy rehabilitacji społecznej i oparcia. Działania zorientowane na aktywizację społeczną i wsparcie w podjęciu zatrudnienia. Opiera swój program na umacnianiu, angażowaniu do podejmowania decyzji i współdecydowania o działalności placówki, unikając paternalizmu i dyrektywności. Odwołuje się do wzmacniania zdolności do uzyskania zatrudnienia jako podstawy samodzielności.
- **Kluby.** Oferują możliwość zagospodarowania wolnego czasu oraz nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Programy te są zwykle niezbyt intensywne w sposobie realizacji i łatwo dostępne. Działają zwykle w godzinach popołudniowych. Formy udzielanego wsparcia są w nich zróżnicowane: pomoc psychologiczna, organizacja wolnego czasu, wspólne spędzanie świąt, możliwość zjedzenia posiłku, skorzystanie z komputera lub pralki.
- **Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze.** Program adresowany głównie do osób przejawiających duże trudności w funkcjonowaniu społecznym. Realizowany poprzez regularne wizyty domowe terapeutów. Obejmuje szeroki zakres działań, zawierający pomoc w przełamywaniu izolacji, interwencje kryzysowe oraz wspieranie w procesie leczenia.
- **Chronione Zakwaterowanie.** Dostępne w formie hosteli lub mieszkań chronionych. Zapewniają bezpieczne miejsce do życia oraz wsparcie terapeutów. Pozwalają na pobyt w dłuższym lub krótszym (treningowym) okresie. Zwykle stanowią fundament dla uczestnictwa w innych programach. Warunki stwarzane w mieszkaniach chronionych mają za zadanie przygotować osoby w nim mieszkające do prowadzenia samodzielnego życia oraz ułatwić integrację społeczną.
- **Programy Aktywizacji Zawodowej.** Obejmują szeroką gamę działań: od punktów aktywizacji zawodowej oferujących pomoc w zakresie poszukiwania miejsc pracy, diagnozę zawodową i pomoc psychologiczną aż do kompleksowych projektów oferujących zatrudnienie.⁵

Na Mazowszu funkcjonuje 7 szpitali o profilu psychiatrycznym, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Mazowieckie. Są to:

- Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie,
- Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym,
- Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza,

⁵ Bronowski P. (2012) Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie, APS, Warszawa.

- Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie,
- "Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica" Sp. z o.o.,
- Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o.,
- Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.

Ogółem na Mazowszu jest 10 szpitali, które świadczą usługi związane z zaburzeniami psychicznymi, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Mazowieckie. Łącznie są to 73 oddziały o profilu psychiatrycznym oraz 37 poradni, w tym 11 poradni dla dzieci i młodzieży. Szpitale dysponują 2853 łózkami. Powyższe dane dotyczą stanu na 31 grudnia 2017 r.

Według informacji przekazanych przez mazowieckie powiaty (z wyłączeniem miasta Warszawa) na terenie województwa mazowieckiego znajduje się 67 poradni świadczących usługi związane z ochroną zdrowia psychicznego, w tym 17 dla dzieci i młodzieży. W samej Warszawie są 44 poradnie dla dorosłych i 23 dla dzieci i młodzieży.

Na terenie niektórych powiatów funkcjonują także zespoły środowiskowe dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (7) oraz jeden dla dzieci i młodzieży. W Warszawie zespołów dla dorosłych funkcjonuje 10. Na terenie powiatu wołomińskiego znajduje się jedyny na Mazowszu hostel dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi. W województwie funkcjonują również dwa takie obiekty skierowane do dzieci i młodzieży. W mazowieckich powiatach znajduje się 14 oddziałów opiekuńczych dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, nie ma jednak takich punktów oferujących usługi dla dzieci i młodzieży.

Prawie w każdym powiecie na Mazowszu funkcjonuje przychodnia lub poradnia dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych – jest ich 42. Pięć powiatów dysponuje oddziałami dziennymi skierowanymi do osób uzależnionych od alkoholu oraz współuzależnionych. W samej Warszawie jest 29 poradni lub przychodni oraz 8 oddziałów dziennych.

Na terenie Mazowsza istnieją 24 domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz 28 domów pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. W województwie funkcjonują także środowiskowe domy samopomocy dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz środowiskowe domy samopomocy dla osób upośledzonych umysłowo. Jest ich odpowiednio 23 i 35.

W części powiatów oferowane są dla osób z zaburzeniami psychicznymi specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania. W większości powiatów prowadzone są różnorodne warsztaty terapii zajęciowej.

Poza Warszawą istnieje 9 centrów lub klubów integracji społecznej. W Warszawie takich miejsc jest 8. W województwie mazowieckim funkcjonuje niewiele zakładów pracy chronionej dla osób z zaburzeniami psychicznymi i są one skupione głównie w dwóch powiatach. W powiecie mińskim i grodziskim funkcjonuje po sześć takich zakładów. Sześć pozostałych znajduje się w powiecie grójeckim, makowskim, nowodworskim, płońskim oraz przysuskim.

Na terenie mazowieckich powiatów istnieją tylko 3 spółdzielnie socjalne dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w powiecie radomskim, nowodworskim oraz z mieście Ostrołęka).

Na obszarze Mazowsza funkcjonują także 23 poradnie dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. 6 z nich znajduje się w Warszawie. Usługi w ww. zakresie świadczą tylko trzy oddziały dzienny (w tym 2 zlokalizowane w Warszawie) oraz 1 oddział całodobowy. W województwie mazowieckim znajduje się 13 oddziałów lub ośrodków terapeutycznych i rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Istnieje również jeden hostel dla osób z tego typu zaburzeniami psychicznymi.

Mazowiecki Oddział NFZ podpisał w 2017 r.⁶:

- 117 umów na realizację świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych,
- 25 umów na realizację świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży,
- 128 umów na realizację leczenia uzależnień oraz 3 umowy na realizację leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży,
- 52 umowy na realizację świadczeń terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu,
- 10 umów na realizację świadczeń terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol,
- 7 umów na realizację świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dorosłych oraz 4 dla dzieci i młodzieży,
- 3 umowy na realizację świadczeń dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu,
- 16 umów na realizację świadczenia środowiskowego (domowego),
- 16 umów na realizację świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych oraz 3 dla dzieci i młodzieży,
- 2 umowy na realizację świadczeń dziennych leczenia uzależnień,
- 4 umowy na leczenie uzależnień w trybie stacjonarnym,
- 7 umów na realizację leczenia substytucyjnego,
- 2 umowy na realizację świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia,
- 21 umów na realizację świadczeń psychologicznych,

⁶ Na podstawie danych ze strony <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=07#> (stan na dzień 20.06.2018).

- 3 umowy na realizację świadczeń dziennych psychiatrycznych geriatrycznych,
- 7 umów na realizację świadczeń dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych,
- 1 umowę na realizację świadczeń dziennych rehabilitacyjnych dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi,
- 2 umowy na realizację leczenia elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi ze wskazań życiowych,
- 4 umowy na realizację leczenia zaburzeń nerwicowych dla dorosłych i 2 dla dzieci i młodzieży,
- 2 umowy na realizację świadczeń psychiatrycznych dla chorych somatycznie
- 5 umów na realizację świadczeń psychogeriatrycznych,
- 1 umowę na realizację świadczeń psychiatrycznych dla przewlekle chorych,
- 1 umowę na realizację świadczeń w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia oraz 2 umowy w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia,
- 15 umów na realizację leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja),
- 6 umów na realizację świadczeń stacjonarnych świadczeń terapii uzależnienia od alkoholu,
- 4 umowy na realizację krótkoterminowych świadczeń terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych,
- 3 umowy na realizację leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja),
- 7 umów na realizację świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (detoksykacja),
- 2 umowy na realizację świadczeń rehabilitacji dla uzależnionych od psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza),
- 18 umów na realizację świadczeń w izbie przyjęć szpitala (ryczałt całodobowy),
- 6 umów na realizację świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych oraz 1 dla dzieci.

Dane teleadresowe mazowieckich placówek zajmujących się zdrowiem psychicznym oraz dane zakładów pracy chronionej udostępniane są w Informatorze Zdrowia Psychicznego, którego aktualna wersja publikowana jest na stronie internetowej Samorządu Województwa Mazowieckiego, tj. www.mazovia.pl.

IV. Analiza SWOT systemu ochrony zdrowia psychicznego na Mazowszu

MOCNE STRONY

- liczne działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego realizowane na terenie województwa w ostatnich latach,
- specjalistyczne podmioty lecznicze dysponujące bazą terapeutyczną,
- opieka zdrowotna nakierowana zarówno na leczenie, jak i profilaktykę chorób,
- ochrona zdrowia psychicznego jako jeden z kierunków działań, wskazany w dokumencie pod nazwą „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego na lata 2018-2021”.

SŁABE STRONY

- niekorzystna sytuacja demograficzno-epidemiologiczna województwa (duże rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych),
- rosnące zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i społeczne,
- niewystarczające zasoby kadrowe w niektórych obszarach (m.in. psychiatrii dzieci i młodzieży),
- nierównomierne rozmieszczenie placówek realizujących zadania z zakresu opieki psychiatrycznej.

SZANSE

- dokumenty krajowe wyznaczające pożądane kierunki zmian w psychiatrycznej opiece zdrowotnej – Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022,
- możliwość pozyskania środków z UE na poprawę dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych i społecznych z zakresu opieki psychiatrycznej,
- wzrost świadomości zdrowotnej mieszkańców regionu.

ZAGROŻENIA

- brak środków finansowych dla jednostek samorządu terytorialnego na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- niedostrzeganie w niektórych rejonach województwa przez lokalnych decydentów problematyki zdrowia psychicznego,
- niewystarczające środki na finansowanie świadczeń opieki psychiatrycznej.

IV. Cele Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2021

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

1.1 Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym jest niezbędnym kierunkiem zmian psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zgodnie ze światowymi trendami, wyrażonymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, opieka psychiatryczna powinna odchodzić od modelu leczenia stacjonarnego, w którym dominuje pozycja dużego szpitala psychiatrycznego, w kierunku powszechnie dostępnych i zróżnicowanych form opieki środowiskowej. Opieka psychiatryczna powinna stać się opieką środowiskową zorganizowaną w Centra Zdrowia Psychicznego (CZP).

Zgodnie z zapisami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego Samorząd Województwa Mazowieckiego we współpracy z samorządami powiatów opracuje dokument, w którym określi strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego, uwzględniając aktualny stan prawno-organizacyjny systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wnioski z map potrzeb zdrowotnych. Celem wypracowanych rozwiązań jest zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, zorganizowanej w Centra Zdrowia Psychicznego, w tym przemieszczanie ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych.

Dokument zostanie opracowany po zrealizowaniu programu pilotażowego, wdrażanego przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852), stanowiącego obszar testowy dla środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego pod kątem zmiany organizacji, finansowania, jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Wśród realizatorów programu pilotażowego znajdują się dwa zakłady leczniczy, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Mazowieckie – Mazowieckie Specjalistyczne Centrum

Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie oraz Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o.

Ważnym elementem z punktu widzenia leczenia zaburzeń psychicznych i opieki środowiskowej jest dostępność kompleksowych placówek psychiatrycznych. Placówka taka obejmuje izbę przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy, poradnię, zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny oraz oddział całodobowy. W 2014 roku na Mazowszu istniało 6 placówek dysponujących wszystkimi ww. formami leczenia, co jest w skali kraju największą wartością. Analiza rozmieszczenia placówek na terenie województwa mazowieckiego wskazuje na ich centralną lokalizację.⁷ Wszystkie ośrodki skupione są wokół Warszawy, co wskazuje na konieczność opracowania planu rozmieszczenia CZP na obszarach łatwo dostępnych dla wszystkich mieszkańców województwa.

Na Mazowszu funkcjonuje 6 szpitali o profilu psychiatrycznym (w tym jeden dziecięcy), dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Mazowieckie. Ogółem na Mazowszu jest 10 szpitali, które świadczą usługi związane z zaburzeniami psychicznymi, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Mazowieckie. Łącznie są to 73 oddziały o profilu psychiatrycznym oraz 37 poradni, w tym 11 poradni dla dzieci i młodzieży

Centra Zdrowia Psychicznego dla dorosłych oraz Centra dla dzieci i młodzieży mogą mieć wspólną lokalizację. W przypadku CZP dla dzieci i młodzieży zespół szpitalny mógłby być zlokalizowany jedynie w tych zakładach, które posiadają oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży - obecnie na terenie Mazowsza oddziały te posiada 6 podmiotów wymienionych w części opisującej zasoby systemu ochrony zdrowia psychicznego na Mazowszu.

Zgodnie z zapisami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Planie umiejscowienia Centrów Zdrowia Psychicznego określona zostanie gęstość (rozmieszczenie) CZP oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności. Zgodnie z wyznaczonym w Rozporządzeniu zadaniem z tego zakresu Samorząd Województwa Mazowieckiego będzie stymulował zmiany w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których jest podmiotem tworzącym.

Kolejnym elementem realizującym upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest deinstytucjonalizacja. Jest to proces przejścia od usług świadczonych w formach instytucjonalnych do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, realizowany zgodnie z „Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”⁸ i wymagający z

⁷ „Analiza świadczeń w zakresie stacjonarnej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla województwa mazowieckiego”, Ministerstwo Zdrowia.

⁸ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, Warszawa, 28 maja 2015 r.

jednej strony rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej.

Zgodnie z założeniami określonymi w dokumencie pn. Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020⁹, w Narzędziu 18 - przewidziane zostało wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, w szczególności poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi). Celem przedmiotowego narzędzia jest stymulacja rozwoju zdeinstytucjonalizowanych form opieki w celu zapobiegania umieszczaniu tych osób w zakładach stacjonarnych (w szczególności na oddziałach szpitalnych), poprzez rozwój różnorodnych zintegrowanych usług.

Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach RPO dotyczyć mogą w szczególności:

- wsparcia tworzenia i działalności dziennych form opieki nad osobami zależnymi;
- wsparcia działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych;
- zapewniania opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi w zastępstwie za opiekunów będących członkami rodzin, w tym opieki domowej lub miejsc opieki w dziennych formach;
- wsparcia psychologicznego lub szkoleń dla opiekunów, w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi;
- działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do osób niesamozależnych oraz do osób z ich otoczenia, opiekunów;
- działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do osób świadczących usługi z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym w szczególności do lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, rehabilitantów, psychologów;
- wsparcia projektów teleopieki, czyli doradztwa telefonicznego i bezpośredniej pomocy (m. in. lekarzy, pielęgniarek i opiekunów medycznych) na wezwanie w szczególnej sytuacji.

W ramach realizacji tego narzędzia wykluczone jest wsparcie dużych instytucji o charakterze opiekuńczo-pobytowym, świadczących usługi długoterminowej pomocy dla osób niepełnosprawnych, dzieci, osób starszych i chorych psychicznie.

Deinstytucjonalizacja usług medycznych w zakresie zdrowia psychicznego dla osób niesamozależnych z terenu województwa mazowieckiego umożliwi osobom z zaburzeniami

⁹ Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Źródło: <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>.

psychicznymi i ich rodzinom uczestnictwo w życiu społeczności na równych zasadach z innymi osobami.

Jak wynika z raportu „Diagnoza systemu pomocy i oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie na terenie województwa mazowieckiego”¹⁰ opracowanego przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w Warszawie, najważniejsze bariery i problemy w zakresie realizacji wsparcia środowiskowego, z punktu widzenia instytucji wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi to:

- zbyt mały budżet przeznaczony na wsparcie osób chorych i ich opiekunów, negatywne podejście społeczeństwa do kwestii chorób psychicznych,
- niskie kwalifikacje personelu,
- ograniczona liczba pracowników instytucji wspierających,
- ograniczone zasoby czasu, jakimi dysponują instytucje udzielające wsparcia,
- problemy w komunikacji z osobami chorymi,
- niedostosowanie rynku zatrudnienia (brak miejsc pracy dla osób chorych),
- utrudniony kontakt z rodziną pacjentów,
- ograniczony dostęp do specjalistów (np. psychoterapeutów),
- brak współpracy pomiędzy instytucjami, lęk chorych przed zgłaszaniem się po pomoc.

Natomiast za najważniejsze potrzeby w zakresie realizacji wsparcia środowiskowego, w tym wsparcia społecznego i zawodowego z punktu widzenia osób chorych oraz ich opiekunów autorzy ww. raportu uznali:

- większe zrozumienie oraz wyższą świadomość ze strony otoczenia,
- wsparcie terapeutyczne – w przypadku osób chorych, a także możliwość zdobycia narzędzi/umiejętności wspierania osób chorych (np. zdolności komunikacyjne),
- pomoc osoby trzeciej, która wspierałaby swoimi umiejętnościami i wiedzą opiekuna osoby chorej,
- wsparcie psychologiczne, motywacyjne – w przypadku opiekunów osób chorych.

1.2 Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Samorząd Województwa Mazowieckiego zamierza wspierać projekty organizacji pozarządowych służące rozwojowi form wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zapewniać ciągłość działań wykazujących skuteczność.

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

¹⁰ Diagnoza systemu pomocy i oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie na terenie województwa mazowieckiego”, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa, 2016 r.

środowisku rodzinnym i społecznym m. in. poprzez upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego zostało uwzględnione i opisane w Wojewódzkim Programie Pomocy i Oparcia Społecznego dla osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018-2022 opracowanym przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

1.3 Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Skuteczną metodą poprawy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi są programy wspierania zatrudnienia. Posiadanie zatrudnienia jest istotne dla poczucia satysfakcji życiowej i samodzielności. Mimo tego, że większość osób chorujących deklaruje chęć podjęcia pracy, niewielki odsetek wśród nich pracuje. Dlatego też, programy chronionego zatrudnienia wydają się szczególnie ważne. Obejmują one pomoc w wyszukiwaniu pracy, ocenę potrzeb i możliwości oraz wsparcie w jej utrzymaniu. Badania nad skutecznością tego rodzaju oddziaływań wykazały, że są one efektywne w zapewnianiu zatrudnienia, wpływając pozytywnie na ogólny poziom funkcjonowania i proces zdrowienia.¹¹

Aktywizacja zawodowa osób z chorobami psychicznymi stanowi poważne wyzwanie dla instytucji rynku pracy, gdyż w grupie tej problemy rehabilitacji zawodowej i integracji społecznej wzajemnie przenikają się. Grupa ta, zagrożona wykluczeniem społecznym, charakteryzuje się długotrwałym pozostawaniem w bierności zawodowej chociażby ze względu na obawy pracodawców przed zatrudnianiem osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie zajmuje się aktywizacją zawodową osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności, zaliczanych do osób będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy, w tym również osób z chorobami psychicznymi. WUP podejmuje działania w zakresie świadczenia usług poradnictwa zawodowego w formie indywidualnych konsultacji oraz zajęć grupowych, w zależności od potrzeb zgłaszanych przez środowisko osób chorych (ze względu na dobrowolny charakter poradnictwa zawodowego zajęcia prowadzone będą w ramach współpracy z organizacjami i instytucjami zajmującymi się osobami niepełnosprawnymi). Ponadto, w ramach przeprowadzanych przez WUP w Warszawie konkursów, wprowadzono kryteria premiujące za uwzględnienie w projekcie osób z niepełnosprawnościami.

Dla tej grupy osób powiatowe urzędy pracy prowadzą szereg działań skierowanych do osób niepełnosprawnych. Osoba niepełnosprawna może być zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy jako:

¹¹ Mueser K., Salyers M., Mueser P.(2001) A prospective analysis of work in schizophrenia, Schizophr Bull, 27, 281–96.

- bezrobotny – to osoba, która posiada ustaloną niepełnosprawność, jednak nie jest uprawniona m.in. do renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalnej, zasiłku stałego,
- poszukujący pracy – to osoba, która oprócz ustalonej niepełnosprawności jest uprawniona m.in. do renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalnej, zasiłku stałego.

Osoba z orzeczonym stopniem o niepełnosprawności, która jest zdolna do podjęcia zatrudnienia w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy, posiadająca status „bezrobotnego” może skorzystać ze wszystkich usług urzędu pracy i instrumentów przewidzianych dla osoby bezrobotnej.

Ponadto, osoba niepełnosprawna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy jako poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu może również korzystać na zasadach takich jak bezrobotni z następujących usług lub instrumentów określonych w ustawie o promocji:

- 1) szkoleń;
- 2) stażu;
- 3) prac interwencyjnych;
- 4) przygotowania zawodowego dorosłych;
- 5) badań lekarskich lub psychologicznych, o których mowa w art. 2 ust. 3 ustawy o promocji;
- 6) zwrotu kosztów, o których mowa w art. 45 ust. 1, 2 i 4 ustawy o promocji;
- 7) finansowania kosztów, o których mowa w art. 45 ust. 3 ustawy o promocji;
- 8) studiów podyplomowych;
- 9) szkoleń na podstawie trójstronnych umów szkoleniowych zawieranych pomiędzy starostą, pracodawcą i instytucją szkoleniową;
- 10) bonu na zasiedlenie;
- 11) bonu szkoleniowego;
- 12) bonu stażowego.

Dla osób niepełnosprawnych posiadających status „poszukującej pracy”, a nie pozostających w zatrudnieniu, przewidziane są usługi urzędu pracy i instrumenty finansowane ze środków PFRON. Instrumenty te są adresowane bezpośrednio do osób niepełnosprawnych, jak też do ich pracodawców.

1.4 Skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy

Na mocy uchwały nr 1547/280/17 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 10 października 2017 roku została powołana Mazowiecka Rada Zdrowia Psychicznego mająca na celu współdziałanie przy opracowywaniu, monitorowaniu oraz aktualizacji Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 do realizacji przez samorządy województw.

Samorząd Województwa Mazowieckiego opracował „Informator zdrowia psychicznego – przewodnik dla osób z zaburzeniami psychicznymi”, w którym zawarte się informacje dotyczące charakterystyki najczęstszych zaburzeń psychicznych, informacje dotyczące usług opiekuńczych, zasiłków i rodzajów pomocy w województwie mazowieckim oraz dane o zakładach pracy chronionej, spółdzielniach pracy chronionej oraz zakładach aktywności zawodowej. Zaktualizowane wersje informatora będą publikowane na stronie internetowej Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Cel 2. Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi

Stygmatyzacja jest przyczyną wykluczenia osób cierpiących na zaburzenia psychiczne z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. U jej podłoża leżą ignorancja, stereotypy, lęk, niewiedza i wrogość. Wielu badaczy włącza stygmatyzację do jednej z najważniejszych barier przed integracją społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi. Choroby psychiczne uważane są w Polsce za wstydliwe, a osoby chorujące uważane są za nieprzewidywalne i z tego powodu traktowane są z dystansem. Duże rozpowszechnienie takich przekonań i wynikających z nich zachowań to jeden z elementów problemu. Inny, bardzo ważny element, stanowi samoocena i przekonanie o samym sobie osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. „Autostygmatyzacja” objawia się ukrywaniem swojej osoby z obawy przed odrzuceniem, co nierozzerwalnie wiąże się z obniżeniem poczucia własnej wartości, skuteczności i całkowitą rezygnacją z uczestnictwa w życiu społecznym.¹²

W celu zapobiegania dyskryminacji i stygmatyzacji osób chorujących psychicznie Samorząd Województwa Mazowieckiego podejmie działania z obszaru edukacji oraz promowania i ułatwiania kontaktu z osobami cierpiącymi na choroby psychiczne. Zadania te będą polegały na podjęciu działań zmierzających do kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich

¹² „Piętno: problem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi”, J. Maciaszek, 2012.

dyskryminacji. Zadania realizowane będą przez różnorodne akcje informacyjne, organizację wydarzeń rekreacyjnych i sportowych, które będą miały na celu umożliwienie i ułatwienie kontaktu osób zdrowych z chorującymi, rozpowszechnianie różnymi kanałami materiałów obejmujących tematykę zdrowia psychicznego oraz zapobieganie stygmatyzacji.

Samorząd Województwa Mazowieckiego planuje wspieranie kampanii społecznych dotyczących promowania zdrowia psychicznego w miejscach pracy, w szkołach oraz prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi, a także wspieranie partnerstwa z innymi podmiotami w obszarze promowania zdrowia psychicznego.

Odbiorcami poszczególnych działań będzie zarówno populacja ogólna, jak i specyficzne, wybrane grupy (np. pracodawcy lub dzieci i młodzież).

Realizacja celu 2 Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2018 r. odbywa się w ramach zlecenia zadań organizacjom pozarządowym. W latach 2019-2021 cel ten będzie realizowany przez organizacje pozarządowe oraz inne jednostki na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Planowana wysokość środków przeznaczona na realizację ww. zadań wynosi 160 tys. zł rocznie. Koszty będą pokryte ze środków własnych Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Cel 3. Podejmowanie innych działań mających na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród mieszkańców Mazowsza.

Samorząd Województwa Mazowieckiego w ramach środków własnych będzie podejmować różnego rodzaju inicjatywy poprzez wdrażanie i finansowanie programów polityki zdrowotnej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Warunkiem wdrożenia tego typu działań będzie posiadanie pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Samorząd Województwa Mazowieckiego planuje także podejmować inne działania, których celem będzie zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród mieszkańców Mazowsza i zwrócenie publicznej uwagi na ten problem. Zakłada się organizację i współorganizację konferencji, spotkań, pikników itp. oraz inne działania w zależności od potrzeb i możliwości.

V. Monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu

Nadrzędnym celem Samorządu Województwa Mazowieckiego w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu będzie gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji poszczególnych zadań wynikających z Programu.

W tym rozdziale zostało przedstawione zestawienie celów oraz wskaźników, dzięki którym będzie monitorowany sposób ich realizacji.

Dane dotyczące realizacji wskaźników będą wykorzystywane także przy przekazywaniu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rocznych sprawozdań z wykonywania zadań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 z dnia 8 lutego 2017 r., sprawozdania będą przekazywane w terminie do 15 dnia maja każdego roku. Sprawozdania zawierać będą odniesienie do stanu wyjściowego oraz wskaźników przedstawionych w załączniku do ww. rozporządzenia.

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

1.1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Wskaźniki monitorujące:

- liczba powiatów, w których utworzone zostały Centra Zdrowia Psychicznego;
- liczba nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych;
- liczba działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do osób niesamodzielných i ich opiekunów;
- liczba opracowanych dokumentów określających strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych w zakresie CZP;
- liczba podejmowanych innych działań w tym zakresie.

1.2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Wskaźniki monitorujące:

- liczba placówek i organizacji pozarządowych dofinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego w zakresie wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- liczba podejmowanych innych działań w tym zakresie;

- liczba osób biorących udział w programach polityki zdrowotnej finansowanych ze środków samorządu województwa mazowieckiego lub ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WM.

1.3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Wskaźniki monitorujące:

- liczba działań podjętych w zakresie aktywizacji zawodowej osób z orzecznym stopniem niepełnosprawności, w tym również z chorobami psychicznymi;
- liczba dofinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego placówek i organizacji pozarządowych;
- liczba podejmowanych innych działań w tym zakresie.

1.4. Skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy

Wskaźniki monitorujące:

- liczba aktualizacji przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- liczba podejmowanych innych działań w tym zakresie.

Cel 2. Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi

Wskaźniki monitorujące:

- liczba podjętych działań z zakresu edukacji oraz promowania i ułatwiania kontaktu z osobami cierpiącymi na choroby psychiczne;
- liczba wspartych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego kampanii społecznych dot. stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;
- liczba programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków samorządu województwa mazowieckiego lub ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WM;
- liczba dofinansowanych organizacji pozarządowych oraz innych jednostek;
- liczba podejmowanych innych działań w tym zakresie.

Cel 3. Podejmowanie innych działań mających na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród mieszkańców Mazowsza.

Wskaźniki monitorujące:

- liczba podejmowanych innych działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego;

- liczba dofinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego organizacji pozarządowych oraz innych jednostek;
- liczba przeprowadzonych lub dofinansowanych konferencji, spotkań, pikników itp. dotyczących zapobiegania chorobom psychicznym;
- liczba programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków samorządu województwa mazowieckiego lub ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WM.