

Załącznik do Uchwały
Zarządu
Województwa Lubelskiego
z dnia 12.06.2012 r.

**Regionalny
Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
dla województwa lubelskiego
na lata 2012 – 2016**



**Departament Zdrowia i Polityki Społecznej
Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie**

Lublin, czerwiec 2012r.

Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012 – 2016

Spis treści

Wstęp	3
1. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	6
2. Charakterystyka psychiatrycznej opieki zdrowotnej województwie lubelskim	7
2.1. Dane epidemiologiczne	9
2.1.1. Zaburzenia psychiczne w opiece ambulatoryjnej	11
2.1.1. Zaburzenia psychiczne w opiece stacjonarnej	18
3. Zabezpieczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych i innych form wsparcia w województwie lubelskim	28
3.1. Dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	28
3.2. Struktura wydatkowania publicznych środków finansowych na leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi	44
3.3. Środowiskowe formy wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi	51
3.4. Formy aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi	57
4. Założenia regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego	61
4.1. Priorytety w zakresie zdrowia psychicznego w województwie lubelskim	64
4.2. Programy promocji zdrowia i informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi	66
4.3. Prowadzenie działań informujących o dostępnej pomocy w stanach kryzysu psychicznego dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych	85
4.4. Wojewódzki program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy oraz oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi	88
4.5. Wojewódzki program rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	94
4.6. Wojewódzki plan zwiększenia dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej	101
4.6.1. Plan dostępności do opieki psychiatrycznej w województwie lubelskim	102
4.6.2. Rozwój placówek dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi	103
4.6.3. Rozwój placówek dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi	104

4.6.4. Rozwój placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych	105
4.6.5. Rozwój placówek dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.....	106
4.6.6. Rozwój zatrudnienia w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.....	108
5. Koordynowanie programu.....	109
6. Finansowanie programu	110
7. Ocena i monitorowanie	113
8. Podsumowanie programu	114

Wstęp

PODSTAWY PRAWNE OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W DOKUMENTACH MIĘDZYNARODOWYCH

Podstawowym dokumentem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczącym zdrowia psychicznego jest Raport z 2001 r. pt. „*Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja.*” Prezentuje on współczesne spojrzenie na problematykę zdrowia psychicznego i chorób psychicznych oraz zawiera szereg zaleceń do wdrożenia w praktyce, w ramach realizacji programów ochrony zdrowia psychicznego. Dokument dostarcza współczesnej wiedzy o sposobach rozwiązywania problemów ochrony zdrowia psychicznego. Powyższe zalecenia dotyczą:

- potrzeby formułowania polityki poświęconej poprawie zdrowia psychicznego populacji,
- zapewnienia 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,
- prowadzenia monitoringu i oceny stanu zdrowia psychicznego wspólnot lokalnych,
- promowania zdrowego stylu życia i sposobów redukcji czynników ryzyka,
- wspierania stabilności życia rodzinnego, spójności społecznej i rozwoju człowieka,
- wspierania badań przyczyn chorób psychicznych i zaburzeń zachowania, rozwoju efektywnych metod leczenia oraz monitorowania i oceny systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Dokument dostarcza współczesnej wiedzy o sposobach rozwiązywania problemów ochrony zdrowia psychicznego. Główne podejście stanowi opieka środowiskowa, do której zalicza się:

- usługi, będące blisko domu, włączając w to opiekę szpitalną w szpitalu ogólnym, dla przypadków wymagających przyjęcia w trybie nagłym oraz opiekę długoterminową w stacjonarnych formach opieki środowiskowej,
- interwencję stosowaną do poziomu upośledzenia i objawów chorobowych,
- leczenie i opiekę specyficzną dla postawionej diagnozy i potrzeb osoby chorej,
- szeroki zakres usług adresowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi,
- usługi skoordynowane pomiędzy profesjonalistami zajmującymi się opieką psychiatryczną, a lokalnymi agencjami wsparcia socjalnego,
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w tym realizowane w formule hospitalizacji domowej,
- partnerstwo z opiekunami oraz rozwiązywanie ich problemów,
- aktywność legislacyjną wspierającą powyższe działania.

Raport określa również zasady kształtowania polityki zdrowia psychicznego w ramach ogólnej polityki zdrowotnej oraz problematykę dostarczania usług zdrowotnych.

Podstawowym dokumentem Unii Europejskiej, w którym umieszczono zapisy dotyczące zdrowia, a ściślej zdrowia publicznego jest m.in. artykuł 152 (ex m.in. 129) Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską. Zgodnie z tym artykułem, wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego winien zostać zapewniony w definiowaniu i wdrażaniu każdej wspólnotowej polityki i aktywności. Działania Wspólnoty winny uzupełniać narodowe

polityki zdrowotne, w pełni respektując odpowiedzialność krajów członkowskich za organizację opieki zdrowia publicznego, prewencję chorób oraz eliminowanie zagrożeń dla zdrowia.

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.

Kolejnym ważnym krokiem było ogłoszenie przez Komisję Europejską, w październiku 2005 r. *Zielonej Księgi* w sprawie poprawy zdrowia psychicznego ludności – proponującej strategię zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej (UE). Dokument ten nawiązuje do Deklaracji Helsińskiej i jest realizacją jej zapisów w krajach UE.

Konsekwencją przyjęcia *Zielonej Księgi* było zorganizowanie przez Komisję Europejską w czerwcu 2008 r. w Brukseli, konferencji w sprawie zdrowia psychicznego oraz ustanowienie „*Europejskiego Paktu na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego*”. Pakt ten stanowi wezwanie do działania w duchu partnerstwa, zwraca uwagę na korzyści zdrowotne, społeczne i gospodarcze wynikające z dobrego stanu zdrowia psychicznego wszystkich osób oraz na potrzebę przezwyciężenia tabu i uprzedzeń związanych z chorobami psychicznymi. „*Europejski Pakt...*” umożliwia 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.

ZDROWIE PSYCHICZNE W POLSCE – PODSTAWY PRAWNE

Prawo do ochrony zdrowia i życia jest jednym z najważniejszych praw konstytucyjnych każdego człowieka. M.in. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, iż „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.). Stanowi ona pierwszy w Polsce akt prawny o randze ustawowej dotyczący tak niezwykle ważnej problematyki.

Zgodnie z przepisami ww. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.) ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia

i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe, grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin oraz inne osoby fizyczne i prawne.

Ochrona zdrowia psychicznego polega w szczególności na:

- promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
- zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego podejmowane są przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych oraz znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego i obejmują w szczególności:

- stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych,
- tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego,
- wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,
- rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez zakłady opieki zdrowotnej.

Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi wykonywana jest w ramach podstawowej specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.

Województwo organizuje i zapewnia usługi o odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, tworzonych na zasadach określonych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593z późn. zm.).

Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej organizują w obszarze swego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia psychicznego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych. Oparcie społeczne polega w szczególności na:

- podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,
- organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
- udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Dokumentem, w którym zostały spisane wszystkie prawa dziecka, w tym prawo do ochrony zdrowia jest *Konwencja o Prawach Dziecka* przyjęta dnia 20 listopada 1989 r. przez Zgromadzenie Ogólne ONZ. Jest to dokument obowiązujący niemal we wszystkich państwach świata.

Istotne znaczenie mają także akty koncentrujące się na zagadnieniach uzależnień, tj. *ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu*

alkoholizmowi (Dz. U. Nr 35, poz.230, z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.).

Strategię działań i szczegółowy harmonogram prac dla poszczególnych podmiotów realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego określa *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* (Dz. U. z 2010 r. Nr 24, poz. 128), obejmujący zakresem regulacji osoby z zaburzeniami psychicznymi, organy administracji rządowej i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej, organizacje pozarządowe, działające na rzecz ochrony zdrowia i poprawy zdrowia psychicznego oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

1. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego ustanowiony został Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku na podstawie m.in. 2 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Program określa strategię działań ograniczających występowanie zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Program będzie zrealizowany w latach 2011 – 2015.

Twórcy Programu założyli osiągnięcie 3 celów głównych, którymi są:

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

Do każdego z celów głównych zdefiniowano cele szczegółowe wraz z terminami ich realizacji. Działania te będą obligatoryjnie realizowane przez Ministrów Sprawiedliwości i Obrony Narodowej, ministrów właściwych do spraw zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, spraw wewnętrznych i administracji publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia, a także jednostki samorządu terytorialnego. Dodatkowo, w realizacji Programu, mogą uczestniczyć organizacje społeczne, stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin. Koordynatorem działań wykonywanych w ramach Programu jest Minister Zdrowia.

Główną przyczyną ustalenia i przyjęcia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego była konieczność stworzenia podstawy prawnej do podejmowania szeroko zakrojonych działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego. Zmiany na świecie obejmujące także Polskę, niosą ze sobą zarówno duże szanse rozwoju jak i wiele zagrożeń m.in. dla zdrowia psychicznego. Od wielu lat zwiększa się liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych, w tym związanych z nadużywaniem alkoholu i narkotyków. Od początku lat 90-tych ubiegłego wieku sukcesywnie wzrasta zachorowalność na psychotyczne i niepsychotyczne zaburzenia psychiczne. Wzrasta częstość samobójstw zakończonych zgonem. W związku z wydłużaniem się czasu życia rośnie w populacji odsetek osób po 65 roku życia, a wraz z nim zapotrzebowanie na opiekę psychogeriatryczną. Ponadto zjawiska takie jak bezrobocie, bieda, zaburzenie więzi społecznych, rozpady rodzin czy deficyt wsparcia psychospołecznego i solidarności powoduje pogłębienie problemów ze zdrowiem psychicznym. Występuje deficyt kadr i środków w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Potrzebne jest też dostosowanie opieki psychiatrycznej do współczesnych standardów i nadrobienie zapóźnień poprzez rozwój modelu leczenia środowiskowego. Aby skutecznie poprawiać stan zdrowia psychicznego populacji niezbędnym będzie też przeciwdziałanie negatywnemu nastawieniu społeczeństwa do osób chorych psychicznie i stygmatyzowaniu takich pacjentów. Umożliwi to zwiększenie szans na skuteczne leczenie tego typu zaburzeń. Lista realnych i potencjalnych zagrożeń dla zdrowia psychicznego jest długa. Potrzebne są więc szeroko zakrojone działania i do tego zadania został stworzony Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Prawodawca przygotowując projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uwzględnił przede wszystkim:

1. rekomendację Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie ochrony praw człowieka i podstawowych wolności osób z zaburzeniami psychicznymi, która została przyjęta przez Radę Europy w roku 2004, a zwłaszcza artykułu 3, który dotyczy promowania zdrowia psychicznego poprzez wspieranie rozwoju programów promocji zdrowia psychicznego, mających na celu poszerzenie w społeczeństwie wiedzy o zapobieganiu, rozpoznawaniu i o leczeniu zaburzeń psychicznych,
2. strategię zdrowia psychicznego dla państw członkowskich UE ogłoszonej przez Komisję Europejską w Zielonej Księdze,
3. informacje dostarczone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Mając na względzie fakt, iż problematyka zdrowia psychicznego społeczeństwa leży nie tylko w gestii Ministra Zdrowia, ale i wielu innych podmiotów, które w swoich działaniach realizowanych w podległych im placówkach, zakładach, jednostkach, szkołach, uczelniach stykają się stale z istnieniem różnego rodzaju zaburzeń i patologii w realizacji Programu uczestniczyć będą instytucje Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Pracy i Polityki Społecznej Ministra Sprawiedliwości, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ministra Obrony Narodowej oraz jednostki samorządu terytorialnego i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi pochodzą z najprzeróżniejszych środowisk, są w różnych wieku i reprezentują wszystkie zawody, więc aby dotrzeć do tych ludzi ze skuteczną pomocą potrzebne jest zaproszenie do współpracy w ramach Programu organizacji społecznych, kościołów i innych związków wyznaniowych, stowarzyszeń, a przede wszystkim samych pacjentów i ich rodziny.

2. Charakterystyka psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie lubelskim

Zdrowie psychiczne jest nieodłącznym składnikiem zdrowia. Ogólna kondycja zdrowotna narodu coraz bardziej jest zależna od jego dobrostanu psychicznego. Zdrowie psychiczne stanowi podstawę poczucia narodowej solidarności i wspólnoty. Stanowi o sile państwa w przezwyciężaniu trudności w czasach kryzysów, klęsk, kataklizmów i narodowych traum. Załamanie się indywidualnej i grupowej odporności psychicznej, rozwijanie poczucia bezradności i osamotnienia jednostek w obliczu zagrożeń doprowadza do zahamowania rozwoju ekonomicznego, kulturowego i cywilizacyjnego, lokuje państwo na marginesie globalnego postępu, pozbawia jednostki nadziei na lepszą przyszłość, rozwija

negatywne i wyczerpujące mechanizmy radzenia sobie skutkujące zwiększoną fizyczną i psychiczną zachorowalnością i patologizacją życia społecznego.¹

Polska nie jest wyjątkowym krajem dotkniętym zagrożeniami zdrowia psychicznego. Zagrożenie takie jest problemem globalnym w skali Europy jak i Świata. Dokonujące się w Polsce zmiany gospodarczo – ekonomiczne i administracyjne oraz przejście z budżetowego systemu finansowania ochrony zdrowia na ubezpieczeniowy wiąże się ze wzrostem dotychczasowych i pojawieniem się nowych zagrożeń dla zdrowia psychicznego, zarówno w wymiarze jednostkowym jak i społecznym.

Potencjalnymi i realnymi zagrożeniami dla zdrowia psychicznego Polaków są:

- bezrobocie,
- nieuleczalne choroby,
- emigracja zarobkowa,
- warunki pracy i życia w połączeniu z biedą,
- zaburzenia więzi rodzinnych,
- deficyt wsparcia społecznego,
- starzenie się społeczeństwa i niż demograficzny,
- przestępczość,
- zjawisko wykluczenia społecznego.

¹ Janusz Heitzman Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków. Nauka 4/2010

2.1. Dane epidemiologiczne

Dane źródłowe wykorzystane do sporządzenia diagnozy sytuacji epidemiologicznej w województwie lubelskim pochodzą z informacji udostępnionych przez Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotyczą one wyłącznie świadczeń sfinansowanych przez NFZ. Świadczenia wykonane ponad limit zawartej umowy z NFZ nie zostały uwzględnione. Diagnoza nie obejmuje również świadczeń psychiatrycznych finansowanych z funduszy własnych pacjenta (prywatnych świadczeń), ze względu na brak danych statystycznych w tym zakresie. Za pacjenta uznano unikatowy pesel w odniesieniu do opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej, a także rodzaju zaburzeń. Umożliwia to zestawienie ilości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń i chorób psychicznych, a nie ilości wykonanych świadczeń.

**Choroby psychiczne. Zachorowalność i chorobowość w województwie lubelskim w 2006
– 2010 r. – wskaźnik na 10 tysięcy ludności.**

Wyszczególnienie	zachorowalność				chorobowość			
	2006	2007	2008	2010	2006	2007	2008	2010
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z objawowymi	6,74	8,66	9,71	10,55	23,58	32,75	38,78	42,16
zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	14,57	18,88	18,73	17,49	37,48	44,67	43,58	40,68
zaburzenia spowodowane używaniem innych substancji psychoaktywnych	3,86	2,76	4,26	3,59	7,42	6,76	8,59	8,06
schizofrenia	4,22	4,71	5,66	4,04	21,56	26,67	30,85	30,43
inne zaburzenia psychotyczne i urojeniowe	3,28	3,53	4,51	3,11	15,67	20,49	21,63	18,07
epizody afektywne	6,96	8,12	9,85	8,99	22,3	27,47	29,41	27
depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe	7,23	7,87	8,13	6,64	33,04	44,03	56,55	45,01
inne zaburzenia nastroju (afektywne)	4,09	5,5	5,99	4,07	21,11	28,38	27,14	21,75
zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoforniczne	19,97	26,6	33,79	24,97	76,86	87,05	109,62	78,76
zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania			0,54	0,46			1,59	1,02
zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	2,26	3,62	3,8	0,82	4,5	5,96	6,39	1,89
zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	2,18	3,43	3,18	2,73	5,44	8,66	8,95	7,73
upośledzenie umysłowe	3,62	4,32	4,42	3,58	14,53	18,56	20,64	19,1
całościowe zaburzenia rozwojowe	0,37	0,22	0,77	0,17	0,91	0,8	1,65	0,64
pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego	0,15	0,69	0,52	0,26	0,57	1,61	1,43	0,9
zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	2,53	3,69	4,63	2,69	7,51	8,98	10,25	6,3
inne nieokreślone zaburzenia psychiczne	0,34	0,46	0,88	0,43	1,08	1,16	1,84	0,87
obserwacja stanu psychicznego, rozpoznania nie ustalone, bez zaburzeń psychicznych i rozpoznania niepsychiatryczne	2,87	4,41	4,83	2,2	4,56	6,21	6	3,02

Źródło: „Ocena stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców Województwa Lubelskiego” Samorząd Województwa Lubelskiego, Lublin 2010.

2.1.1. Zaburzenia psychiczne w opiece ambulatoryjnej

W 2010 r. w województwie lubelskim z zaburzeniami psychicznymi do opieki ambulatoryjnej zgłosiło się ogółem 62 934 osób w tym 18 252 (29%) po raz pierwszy. W porównaniu do roku 2009 liczba tych chorych zmalała o 14,9%. Najwięcej chorych leczonych było z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych. Na drugim miejscu pod względem wielkości wskaźnika chorobowości były zaburzenia związane z depresją i zaburzeniami dwubiegunowymi, wskaźnik zachorowalności wyniósł 6,64/10 tys., a wskaźnik chorobowości (45,01/10 tys.). Na kolejnym miejscu pod względem wielkości wskaźnika chorobowości (42,16/10 tys.), były organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z objawowymi, a zachorowalność wyniosła 10,55/10 tys. Równie wysoka była chorobowość związana z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu. Stanowiły one czwartą grupę chorób co do liczby nowo zarejestrowanych przypadków. Od początku roku 2010 tę chorobę leczono u (40,68/10 tys.). zachorowalność wynosiła (17,49/10 tys.). Znacznie spadła liczba osób leczonych na inne zaburzenia nastroju (afektywne) (21,75/10 tys.) w stosunku do poprzedniego roku (27,14/10 tys.). Liczba osób hospitalizowanych z upośledzeniami umysłowymi wyniosła (19,1/10 tys.), zaś udział leczonych na inne zaburzenia psychiatryczne i urojeniowe wyniósł (8,06/10 tys.) Alternatywnie kolejne miejsca zajmowały zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (7,73/10 tys.), zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym wskaźnik (6,3/10 tys.), rozpoznania nie ustalone, bez zaburzeń psychicznych i rozpoznania niepsychiatrycznych (3,02/10 tys.).

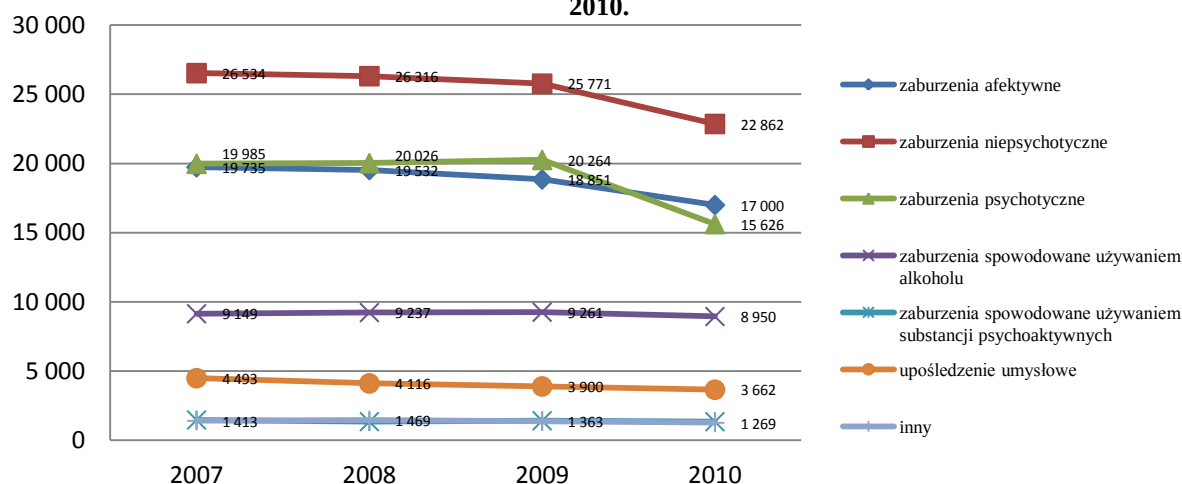
Analizując strukturę rozpoznań wśród leczonych w trybie ambulatoryjnym, można zauważyć spadek wszystkich analizowanych typów zaburzeń. Istotny spadek rzędu 14% obserwujemy wśród zaburzeń afektywnych oraz niepsychotycznych. W 2010 roku wystąpił także duży spadek liczby leczonych pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiatryczne (blisko 22% w stosunku do roku 2007). Na uwagę zasługuje fakt, że istotnie spadła liczba upośledzeń umysłowych 18,5% w ciągu trzech lat. Zanotowano niewielki spadek liczby zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (odpowiednio 2,2% i 8,2% w stosunku do roku 2007).

Opieka ambulatoryjna. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w latach 2007-2010

powód leczenia	2007	2008	2009	2010
zaburzenia afektywne	19 735	19 532	18 851	17 000
zaburzenia niepsychotyczne	26 534	26 316	25 771	22 862
zaburzenia psychiatryczne	19 985	20 026	20 264	15 626
zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	9 149	9 237	9 261	8 950
zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	1 474	1 355	1 421	1 353
upośledzenie umysłowe	4 493	4 116	3 900	3 662
inny	1 413	1 469	1 363	1 269
Suma	82 783	82 051	80 831	70 722

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Opieka ambulatoryjna. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w latach 2007 - 2010.



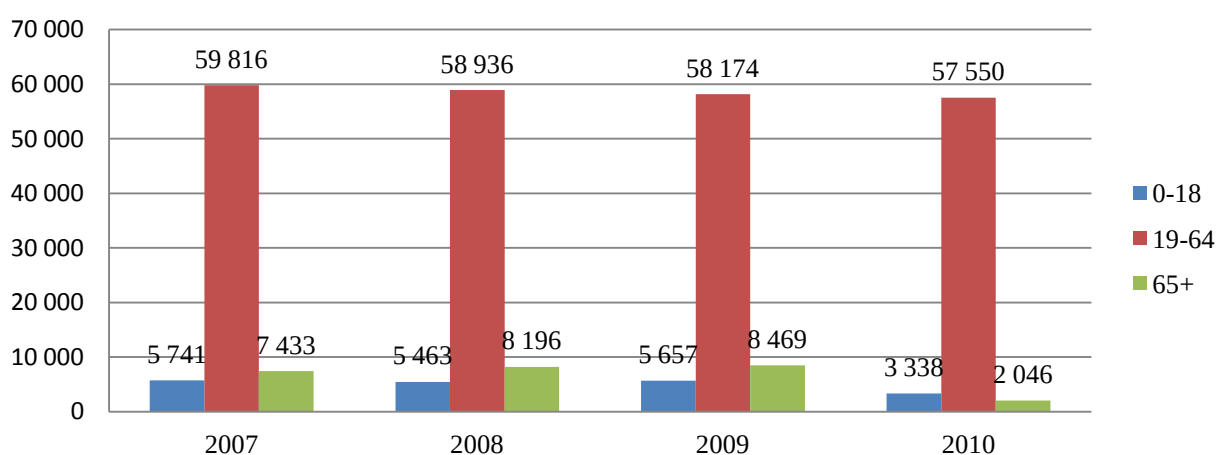
Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

W kontekście podziału na grupy wiekowe w opiece ambulatoryjnej możemy zauważyć tendencję spadkową w liczbie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Największy spadek liczby leczonych odnotowano w grupie osób starszych powyżej 65 roku życia. W roku 2010 przyjęto o 72,5% osób mniej w stosunku do roku 2007. Ta grupa wiekowa stanowi 3,3% ogólnej liczby pacjentów.

Dzieci i młodzież do lat 18 stanowiły 5,3% wszystkich pacjentów w opiece ambulatoryjnej w 2010 roku. W stosunku do roku 2007 nastąpił spadek liczby przyjętych o 41,9%. Najbardziej liczebną grupą leczoną w ramach opieki ambulatoryjnej są osoby w wieku od 19 do 64 lat. Stanowią oni aż 91,4% ogólnej liczby pacjentów. W 2010 roku zanotowano nieznaczny spadek przyjętych w stosunku do roku 2007 (3,8%).

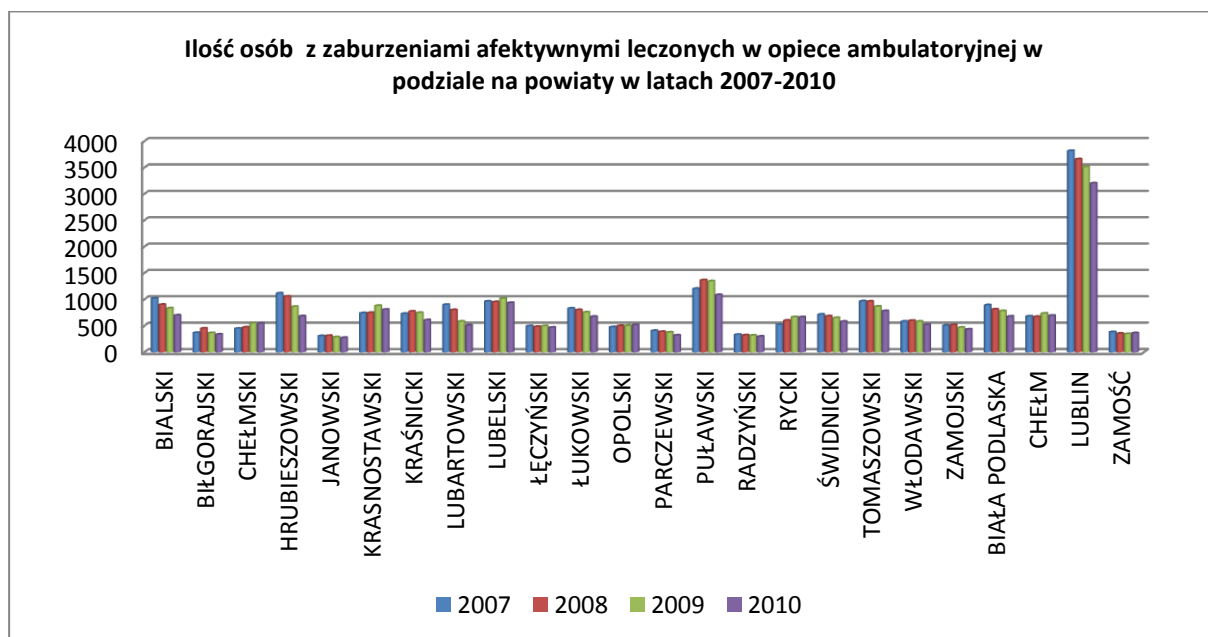
Opieka ambulatoryjna. Wiek pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

Opieka ambulatoryjna. Wiek leczonych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

**Ilość osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w opiece ambulatoryjnej
w podziale na powiaty województwa lubelskiego.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami afektywnymi leczonych w opiece ambulatoryjnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010																
Powiat	BIALSKI	BIŁGORAJSKI	CHEŁMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI	PULAWSKI	RADZYŃSKI	RYCKI
2007	1018	366	446	1115	305	740	729	899	962	493	829	475	405	1202	331	519
2008	900	450	469	1055	310	746	771	800	951	482	800	498	386	1365	321	600
2009	832	362	546	861	285	880	746	582	1017	494	755	501	374	1345	316	664
2010	698	336	543	682	272	807	607	507	935	465	673	514	318	1085	297	664

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami afektywnymi leczonych w opiece ambulatoryjnej była najwyższa w powiecie grodzkim Lublin. Zmniejszała się ona z 3815 osób w roku 2007 do 3201 osób w roku 2010 (spadek o 16%). Największy procentowy spadek liczby pacjentów w latach 2007 - 2010 zaobserwowano w powiecie hrubieszowskim – o blisko 39% (443 osoby). W pięciu powiatach województwa lubelskiego nastąpił nieznaczny wzrost liczby leczonych osób, a w dziewiętnastu zanotowano spadek.

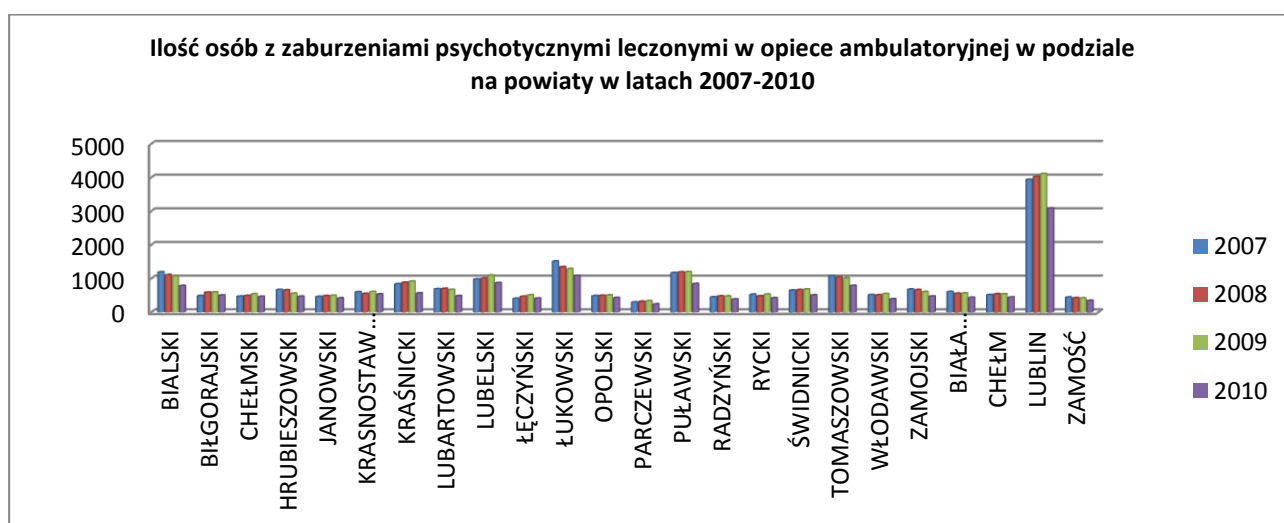


Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami niepsychotycznymi leczonych w opiece ambulatoryjnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010													
Powiaty	BIALSKI	BIŁGORAJSKI	CHEŁMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI
2007	1425	933	362	827	440	947	1017	613	1508	749	597	421	446
2008	1299	1008	371	915	492	916	999	690	1570	808	487	481	453
2009	1256	1088	281	767	452	569	1018	880	1709	879	467	520	453
2010	984	888	257	728	412	494	894	820	1617	834	412	585	405

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Najwięcej osób z zaburzeniami niepsychotycznymi leczono w powiecie grodzkim Lublin. Na przestrzeni lat 2007 – 2010 zanotowano tam spadek liczby pacjentów o 926, czyli o ponad 13%. W pozostałych powiatach województwa lubelskiego ilość osób z zaburzeniami niepsychotycznymi leczonych w opiece ambulatoryjnej nie zmieniała się istotnie w badanym okresie.

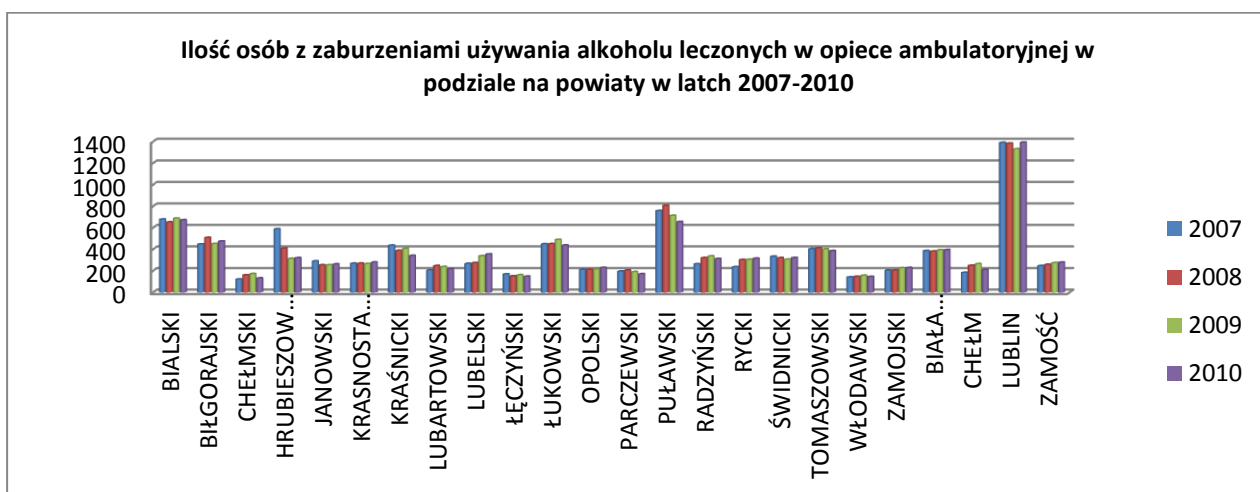


Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w opiece ambulatoryjnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010																								
Powiaty	BIAŁSKI	BIŁGORAJSKI	CHEŁMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI	PUŁAWSKI	RADZYŃSKI	RYCKI	ŚWIDNICKI	TOMASZOWSKI	WŁODAWSKI	ZAMOJSKI	BIAŁA PODLASKA	CHEŁM	LUBLIN	ZAMOŚĆ
2007	1187	485	465	663	458	598	835	686	975	402	1510	482	292	1167	446	524	644	1072	512	673	604	511	3936	439
2008	1105	583	486	651	481	545	878	695	1003	463	1341	490	314	1187	475	477	659	1038	506	662	552	537	4019	420
2009	1063	592	537	552	492	604	913	665	1091	506	1286	502	333	1194	471	528	677	1004	543	603	558	534	4108	414
2010	783	497	461	464	415	533	562	479	866	406	1080	426	234	839	383	418	503	784	388	468	431	438	3082	342

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w opiece ambulatoryjnej utrzymywała się na stałym poziomie w latach 2007 – 2009. W 2010 roku zanotowano spadek liczby pacjentów we wszystkich powiatach województwa lubelskiego. W powiecie grodzkim Lublin ilość osób leczonych zmalała rok do roku o 1026, czyli o 25%. Podobna sytuacja miała miejsce w powiecie bialskim (spadek o 26%), kraśnickim (spadek o 38%), puławskim (spadek o 30%) i tomaszowskim (spadek o 22%). W powiecie łukowskim liczba pacjentów malała regularnie z 1510 w roku 2007 do 1080 w roku 2010.

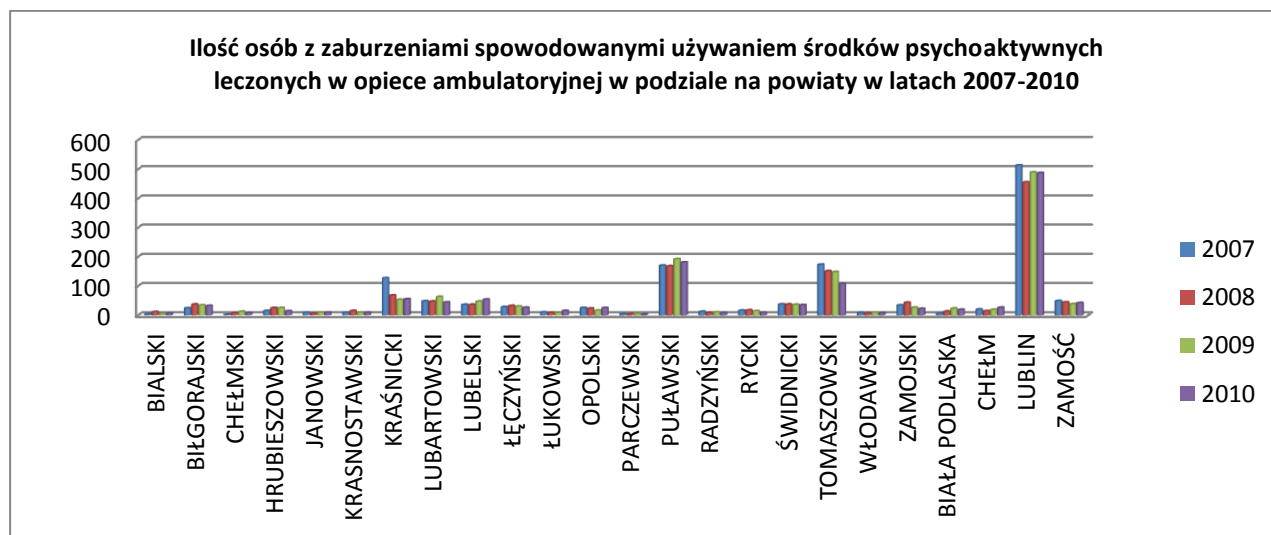


Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami używania alkoholu leczonych w opiece ambulatoryjnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010																								
Powiaty	BIĄLSKI	BIŁGORAJSKI	CHEŁMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI	PULAWSKI	RADZYŃSKI	RYCKI	ŚWIDNICKI	TOMASZOWSKI	WŁODAWSKI	ZAMOJSKI	BIAŁA PODLASKA	CHEŁM	LUBLIN	ZAMOŚĆ
2007	677	446	121	587	288	267	435	205	266	168	448	211	194	756	262	235	332	402	140	203	385	182	1390	245
2008	651	507	159	407	253	268	387	246	273	150	449	211	204	805	319	301	319	410	145	204	380	248	1383	257
2009	686	450	171	312	253	264	405	236	337	160	488	215	189	712	335	304	305	400	155	225	392	263	1330	273
2010	671	473	131	319	261	278	340	216	353	147	437	228	169	654	311	314	320	384	144	227	394	209	1392	277

Zródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami używania alkoholu leczonych w opiece ambulatoryjnej w województwie lubelskim nie zmieniła się istotnie w latach 2007 – 2010. Najwięcej pacjentów leczono w powiatach: grodzkim Lublin (1392 osoby), puławskim (654) oraz bialskim (671 osób). Największy spadek liczby leczonych wystąpił w powiecie hrubieszowskim. W 2010 roku leczono tam 319 osób, czyli o 46% niż w roku 2007.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami spowodowanymi nadużywaniem środków psychoaktywnych leczonych w opiece ambulatoryjnej w latach 2007-2010																				
powiaty	BIALSKI	BIŁGORAJSKI	CHEŁMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI	PUŁAWSKI	RADZYŃSKI	RYCKI	ŚWIDNICKI	TOMASZOWSKI	WŁODAWSKI	ZAMOJSKI
2007	4	24	2	15	9	9	127	48	36	28	10	25	4	170	12	16	37	173	8	34
2008	11	37	7	25	6	15	68	47	36	32	8	23	4	168	8	17	37	151	7	43
2009	5	34	12	25	9	9	53	63	47	30	8	16	5	192	10	14	36	148	9	26
2010	6	32	7	14	9	9	55	44	54	26	15	25	3	181	8	9	35	107	7	22

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

W województwie lubelskim w trzech powiatach zanotowano zdecydowanie wyższą liczbę osób leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych leczonych w opiece ambulatoryjnej niż w pozostałych powiatach. Najwięcej pacjentów leczono w powiecie grodzkim Lublin (487 osób) oraz w powiatach puławskim (181 osób) i tomaszowskim (107 osób), w którym to odnotowano spadek liczby leczonych o 38%. W pozostałych dwóch powiatach ilość pacjentów nie zmieniła się istotnie w latach 2007 – 2010.

2.1.1. Zaburzenia psychiczne w opiece stacjonarnej

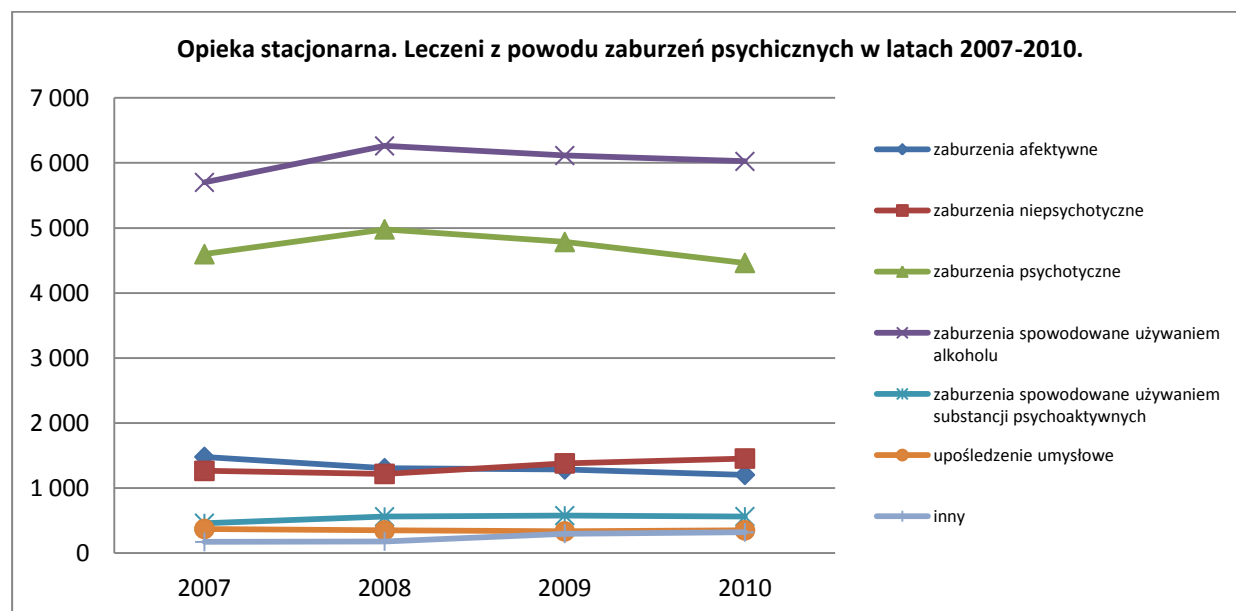
W województwie lubelskim na przestrzeni ostatnich lat 2007 – 2010 zanotowano niewielki wzrost ogólnej liczby leczonych w psychiatrycznej opiece stacjonarnej (2,4%). Jednak analizując poszczególne grupy zaburzeń widzimy, że liczba niektórych schorzeń się zmniejsza. I tak, zanotowano spadek liczby leczonych w przypadku zaburzeń afektywnych (-18,6%), zaburzeń psychotycznych (-2,9%) oraz upośledzeń umysłowych (-5,7%). Natomiast wzrost liczby leczonych stwierdzono w przypadku zaburzeń niepsychotycznych (15%), spowodowanych używaniem alkoholu (5,7%) oraz używaniem substancji psychoaktywnych (22,1%).

W psychiatrycznej opiece stacjonarnej we wszystkich analizowanych latach leczono znacznie więcej pacjentów psychotycznych niż niepsychotycznych ale różnice te nie pogłębiają się.

Opieka stacjonarna. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w latach 2007-2010.

powód leczenia	2007	2008	2009	2010
zaburzenia afektywne	1 480	1 306	1 287	1 204
zaburzenia niepsychotyczne	1 265	1 218	1 380	1 455
zaburzenia psychotyczne	4 597	4 979	4 785	4 463
zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	5 701	6 262	6 114	6 024
zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	461	560	577	563
upośledzenie umysłowe	372	349	334	351
inny	172	180	298	319
Suma	14 048	14 854	14 775	14 379

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

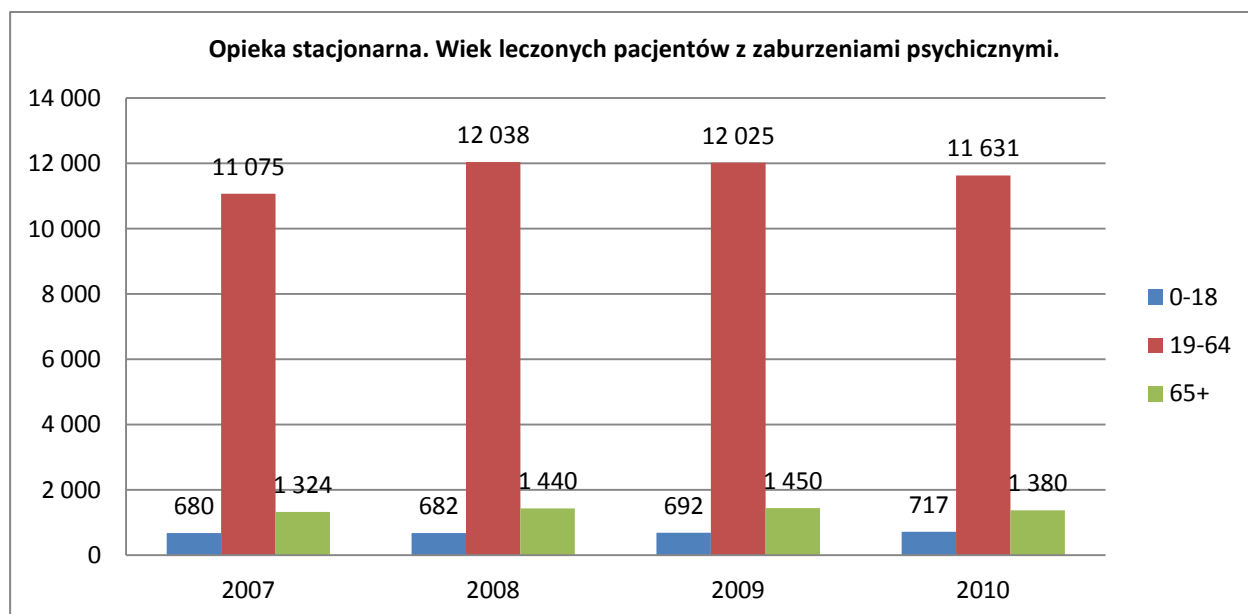
W kontekście podziału na grupy wiekowe w opiece stacjonarnej w analizowanym okresie możemy zauważyć jedynie niewielkie różnice w liczbie leczonych osób

z zaburzeniami psychicznymi. W każdej grupie wiekowej zauważalny jest niewielki wzrost liczby osób hospitalizowanych wahający się w przedziale od 4,2% do 5,4 %. Tradycyjnie największy udział w ogólnej liczbie pacjentów w opiece stacjonarnej stanowiła grupa osób dorosłych w wieku od 19 do 64 lat (84,7%). Osoby starsze stanowiły 10,1% ogólnej liczby, natomiast dzieci i młodzież 5,2%.

Opieka stacjonarna. Wiek leczonych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

grupa wiekowa	2007	2008	2009	2010
0-18	680	682	692	717
19-64	11 075	12 038	12 025	11 631
65+	1 324	1 440	1 450	1 380
Suma	13 079	14 160	14 167	13 728

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

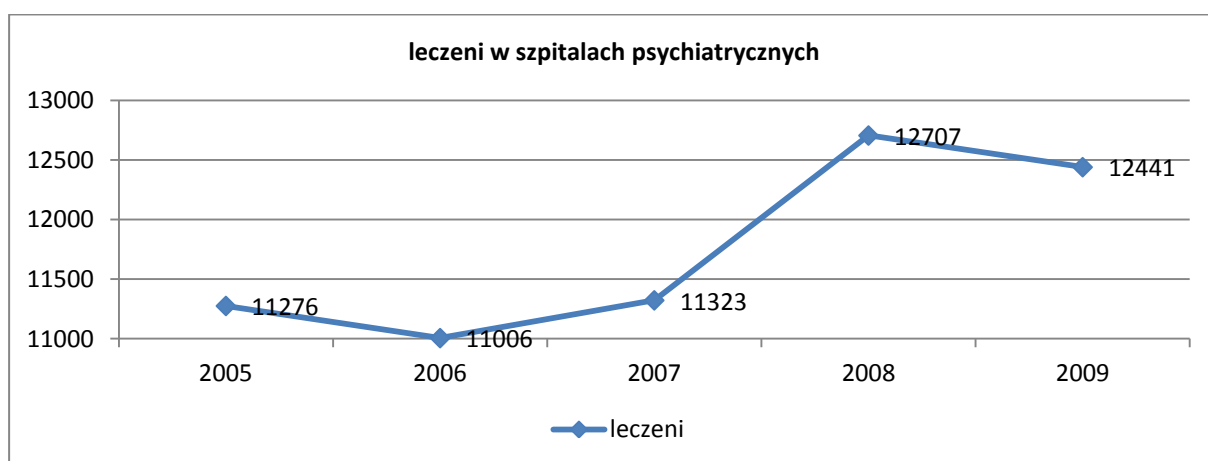
W latach 2005 – 2009 w opiece szpitalnej nie stwierdzono znaczących zmian w liczbie łóżek dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ich liczba oscylowała w okolicy 1400. Największą liczbę odnotowano w roku 2009 (1456 łóżek i była większa o 57 łóżek w 2005 roku).

W kontekście liczby osób leczonych w szpitalnej opiece psychiatrycznej w latach 2005 – 2007, nie zauważamy znacznych zmian w liczbie hospitalizowanych pacjentów. W 2008 roku nastąpił wzrost liczby leczonych o 4%.

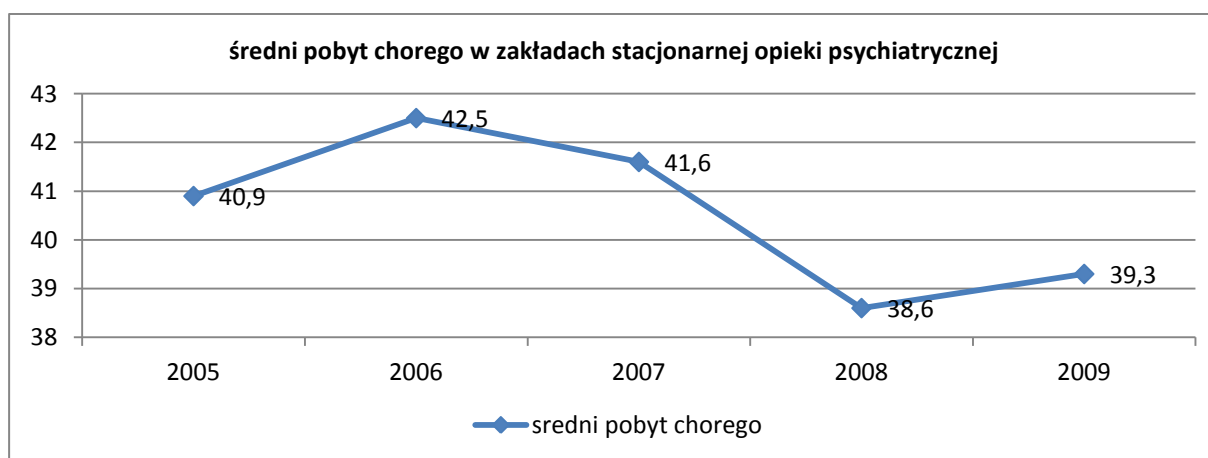
Średni pobyt chorego w placówkach w okresie 2005 – 2009 wynosił 40,5 dni przy czym najkrótszy był w roku 2008 (30,6 dni), zaś najdłuższy pobyt chorego odnotowaliśmy w roku 2006 (40,5 dnia).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w latach 2005-2009r.” GUS.



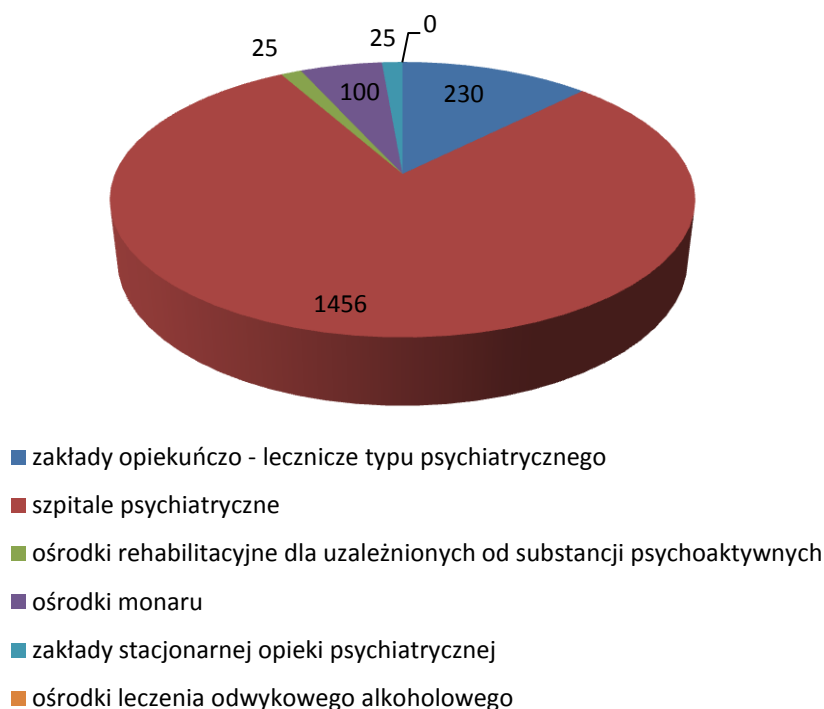
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w latach 2005-2009r.” GUS.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w latach 2005-2009r.” GUS.

W 2009 r. na terenie województwa lubelskiego działało 6 zakładów psychiatrycznej opieki stacjonarnej, o łącznej liczbie 1836 łóżek rzeczywistych (8,4 łóżek na 10 tys. mieszkańców). Psychiatryczną opiekę stacjonarną tworzyło w regionie 3 szpitale o łącznej liczbie łóżek (1456), w których funkcjonowało 33 oddziały szpitalne, 1 zakład opiekuńczo-leczniczy, 1 ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od środków psychoaktywnych oraz 1 ośrodek MONARu. Na terenie województwa nie funkcjonowały ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego.

Struktura łóżek w stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej



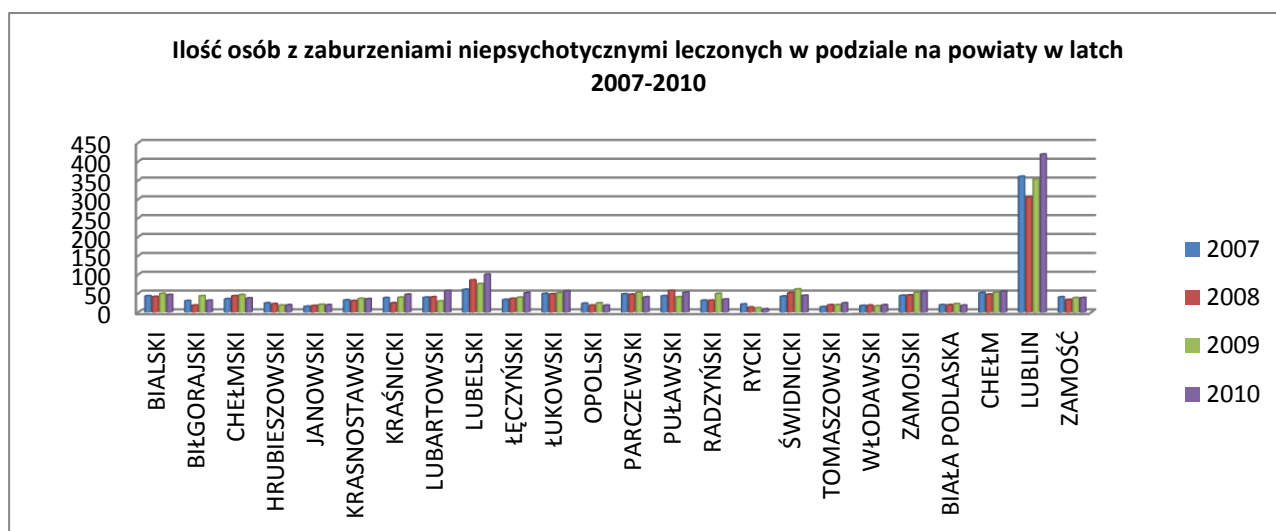
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w latach 2005-2009r.” GUS.

Ilość osób z zaburzeniami afektywnymi leczonych w opiece stacjonarnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010

Powiat	2007	2008	2009	2010
BIALSKI	75	70	70	65
BIŁGORAJSKI	60	60	60	55
CHEŁMSKI	60	30	40	45
HRUBIESZOWSKI	30	25	25	30
JANOWSKI	50	50	45	40
KRASNOSTAWSKI	55	55	45	45
KRAŚNICKI	55	35	35	40
LUBARTOWSKI	80	65	60	55
LUBELSKI	80	75	80	65
ŁĘCZYŃSKI	35	25	35	35
ŁUKOWSKI	105	95	100	80
OPOLSKI	30	30	30	40
PARCZEWSKI	30	30	30	35
PULAWSKI	75	45	65	40
RADZYŃSKI	40	40	40	40
RYCKI	15	15	20	20
ŚWIDNICKI	55	45	45	50
TOMASZOWSKI	30	25	30	30
WŁODAWSKI	30	25	30	20
ZAMOJSKI	65	55	50	45
BIAŁA PODLASKA	25	25	25	25
CHEŁM	60	60	60	50
LUBLIN	240	245	250	205
ZAMOŚĆ	45	45	45	25

Ilość osób z zaburzeniami afektywnymi leczonymi w opiece stacjonarnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010																										
Powiaty	BIAŁSKI	BIŁGORAJSKI	CHEŁMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI	PUŁAWSKI	RADZYŃSKI	RYCKI	ŚWIDNICKI	TOMASZOWSKI	WŁODAWSKI	ZAMOJSKI	BIAŁA PODLASKA	CHEŁM	LUBLIN	ZAMOŚĆ		
2007	69	50	59	29	46	51	53	75	76	34	102	29	26	72	37	25	50	31	24	64	26	46	281	3		
2008	64	56	53	22	45	50	34	61	57	19	90	28	26	43	41	16	40	26	22	62	20	58	236	4		
2009	63	54	34	22	38	34	30	51	75	28	98	26	26	63	39	19	40	18	29	45	22	45	247	2		
2010	57	52	41	26	34	41	34	49	51	32	74	38	33	51	37	21	39	22	17	46	19	47	202	2		

Ilość osób z zaburzeniami afektywnymi leczonych w opiece stacjonarnej była najwyższa w powiecie grodzkim Lublin i wyniosła w 2010 roku 202 osoby. Była ona o 28% niższa niż w roku 2007. W badanym okresie (lata 2007 – 2010) liczba leczonych w pozostałych powiatach utrzymuje się na stałym poziomie. W powiecie łukowskim wynosi ona 74 osoby, a powiatach bialskim, biłgorajskim, lubelskim i puławskim nieznacznie przekracza 50 osób.

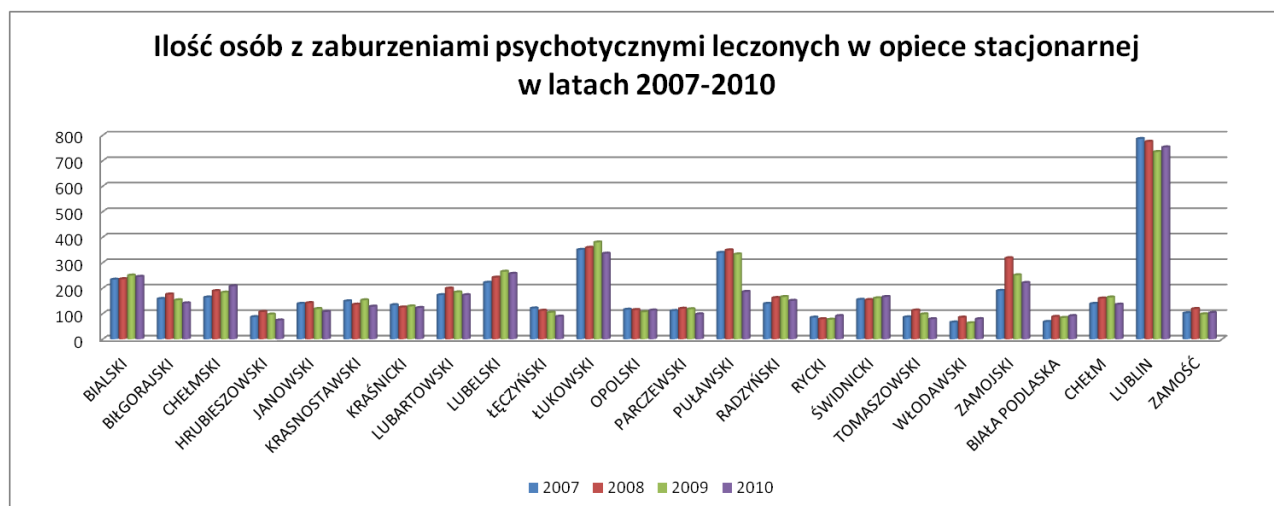


Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami niepsychotycznymi leczonych w opiece stacjonarnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010																								
Powiaty	BIALSKI	BIŁGORAJSKI	CHEŁMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI	PUŁAWSKI	RADZYŃSKI	RYCKI	ŚWIDNICKI	TOMASZOWSKI	WŁODAWSKI	ZAMOJSKI	BIAŁA PODLASKA	CHEŁM	LUBLIN	ZAMOŚĆ
2007	43	30	35	24	15	32	38	39	60	33	49	23	48	43	31	21	42	14	17	44	19	51	360	40
2008	41	18	43	22	17	30	24	40	85	36	48	18	47	57	31	13	51	19	18	45	19	47	305	33
2009	49	43	46	18	20	36	39	29	75	39	51	24	52	40	49	11	61	19	16	52	22	52	353	38
2010	46	31	37	19	19	35	47	57	100	51	56	18	40	52	34	8	44	24	19	55	18	55	419	38

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Najwięcej pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń niepsychotycznych leczono w opiece stacjonarnej w powiatach: grodzkim Lublin (419 osób) i lubelskim (100 osób). W pozostałych powiatach województwa leczono znacznie mniej osób z tej grupy pacjentów. Najmniej w powiecie ryckim (8 osób) oraz w powiatach: hrubieszowskim (19 osób), janowskim (19 osób) i opolskim (18 osób). W powiecie grodzkim Lublin zanotowano w latach 2007 – 2010 wzrost liczby pacjentów z 360 do 419, czyli o 16%.



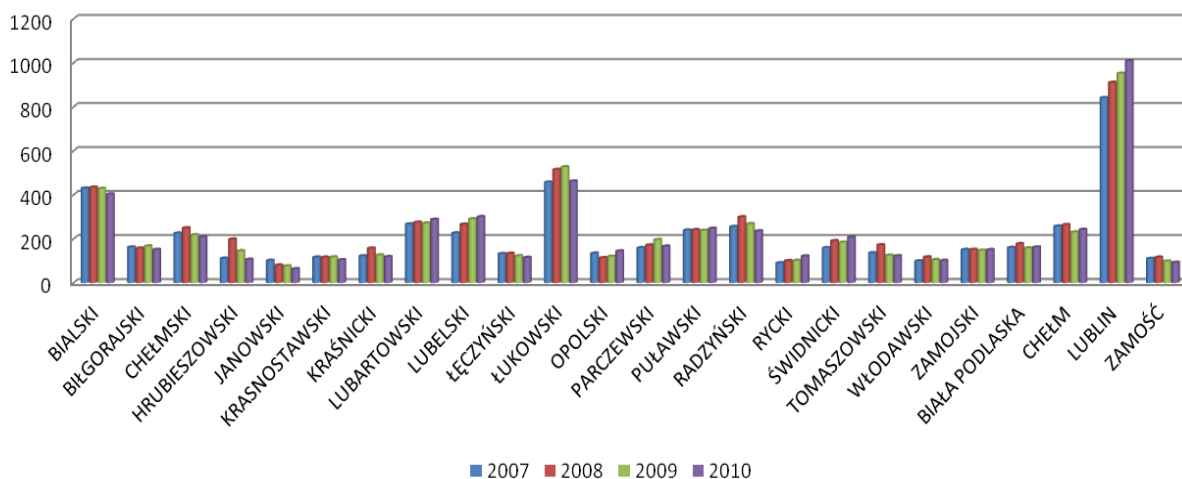
Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w opiece stacjonarnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010																								
Powiaty	BIALSKI	BIŁGORAJSKI	CHEŁMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI	PULAWSKI	RADZYŃSKI	RYCKI	ŚWIDNICKI	TOMASZOWSKI	WŁODAWSKI	ZAMOJSKI	BIAŁA PODLASKA	CHEŁM	LUBLIN	ZAMOŚĆ
2007	234	158	164	87	139	149	134	173	222	121	351	116	111	339	139	85	155	86	66	190	68	139	786	102
2008	236	176	189	107	142	136	125	199	242	112	359	115	120	349	162	79	154	113	85	318	88	160	775	119
2009	250	153	183	97	119	153	129	184	265	104	380	106	118	333	166	77	161	98	63	251	84	164	735	98
2010	245	141	208	74	107	128	123	173	257	89	336	113	98	186	151	91	166	79	79	221	91	136	753	103

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami psychicznymi leczonymi w opiece stacjonarnej w latach 2007 – 2010 w województwie lubelskim nieznacznie spadła w 2010 roku. W powiecie grodzkim Lublin zanotowano najwyższą liczbę – 753 pacjentów. Drugim powiatem z największą liczbą leczonych był powiat łukowski. Hospitalizowano tam w 2010 roku 336 osób. Najmniej pacjentów leczono w powiatach hrubieszowskim (74), tomaszowskim (79) oraz włodawskim (79). W 2010 roku największy spadek liczby osób leczonych wystąpił w powiecie puławskim - o 147, czyli o 44%.

Ilość osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu leczonych w opiece stacjonarnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010



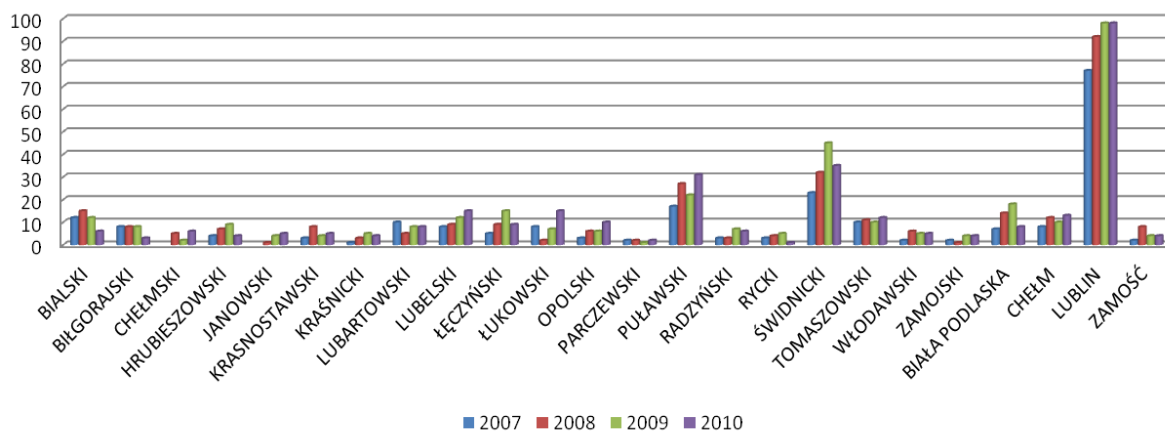
Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu leczonych w opiece stacjonarnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010																								
Powiaty	BIALSKI	BIŁGORAJSKI	CHELMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI	PULAWSKI	RADZYŃSKI	RYCKI	ŚWIDNICKI	TOMASZOWSKI	WŁODAWSKI	ZAMOJSKI	BIAŁA PODLASKA	CHELM	LUBLIN	ZAMOŚĆ
2007	430	162	225	111	101	116	122	267	226	132	457	134	159	239	255	90	159	136	99	151	160	257	841	110
2008	434	157	249	198	80	116	157	275	266	133	515	113	171	241	299	100	191	172	117	151	177	264	911	116
2009	428	167	218	145	76	117	126	271	290	122	527	120	196	238	268	101	184	125	105	147	158	230	952	98
2010	403	151	208	106	63	104	118	288	300	115	462	144	166	247	235	121	207	122	101	150	162	242	1009	92

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu leczonych w opiece stacjonarnej w latach 2007 – 2010 była najwyższa w powiecie grodzkim Lublin. Liczba ta nieprzerwanie rosła na przestrzeni badanych lat i wzrosła z 841 osób w roku 2007 roku do 1009 w roku 2010. Wzrost wyniósł, więc blisko 20%. Najmniej leczonych pacjentów (63) odnotowano w powiecie janowskim. W skali całego województwa liczba hospitalizowanych osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu utrzymuje się na stałym poziomie i w roku 2010 wyniosła 5316.

Ilość osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych leczonych w opiece stacjonarnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010

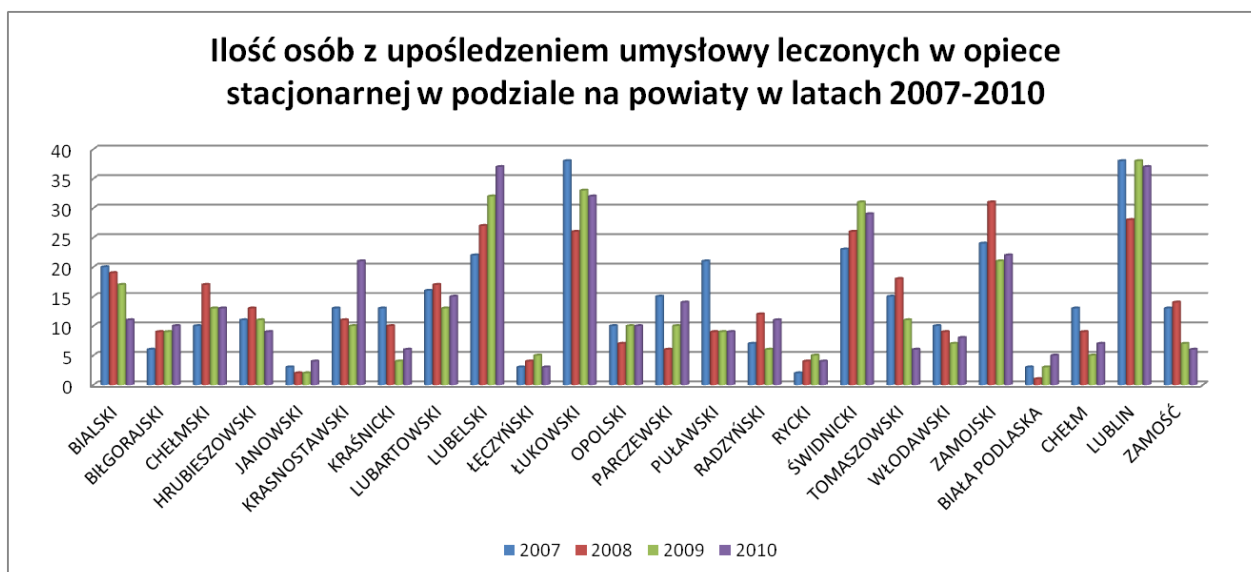


Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych leczonych w opiece stacjonarnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010																								
Powiaty	BIALSKI	BIŁGORAJSKI	CHEŁMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI	PULAWSKI	RADZYŃSKI	RYCKI	ŚWIDNICKI	TOMASZOWSKI	WŁODAWSKI	ZAMOJSKI	BIAŁA PODLASKA	CHEŁM	LUBLIN	ZAMOŚĆ
2007	12	8		4		3	1	10	8	5	8	3	2	17	3	3	23	10	2	2	7	8	77	2
2008	15	8	5	7	1	8	3	5	9	9	2	6	2	27	3	4	32	11	6	1	14	12	92	8
2009	12	8	2	9	4	4	5	8	12	15	7	6	1	22	7	5	45	10	5	4	18	10	98	4
2010	6	3	6	4	5	5	4	8	15	9	15	10	2	31	6	1	35	12	5	4	8	13	98	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych leczonych w opiece stacjonarnej w latach 2007 – 2010 była najwyższa w powiatach grodzkim Lublin (98 pacjentów), puławskim (31 pacjentów) oraz świdnickim (35 pacjentów). Ogólna liczba pacjentów w województwie lubelskim wzrosła od roku 2007 z 218 do 309.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z upośledzeniem umysłowym leczonych w opiece stacjonarnej w podziale na powiaty w latach 2007-2010																			
Powiaty	BIALSKI	BIŁGORAJSKI	CHEŁMSKI	HRUBIESZOWSKI	JANOWSKI	KRASNOSTAWSKI	KRAŚNICKI	LUBARTOWSKI	LUBELSKI	ŁĘCZYŃSKI	ŁUKOWSKI	OPOLSKI	PARCZEWSKI	PULAWSKI	RADZYŃSKI	RYCKI	ŚWIDNICKI	TOMASZOWSKI	WŁODAWSKI
2007	20	6	10	11	3	13	13	16	22	3	38	10	15	21	7	2	23	15	10
2008	19	9	17	13	2	11	10	17	27	4	26	7	6	9	12	4	26	18	9
2009	17	9	13	11	2	10	4	13	32	5	33	10	10	9	6	5	31	11	7
2010	11	10	13	9	4	21	6	15	37	3	32	10	14	9	11	4	29	6	8

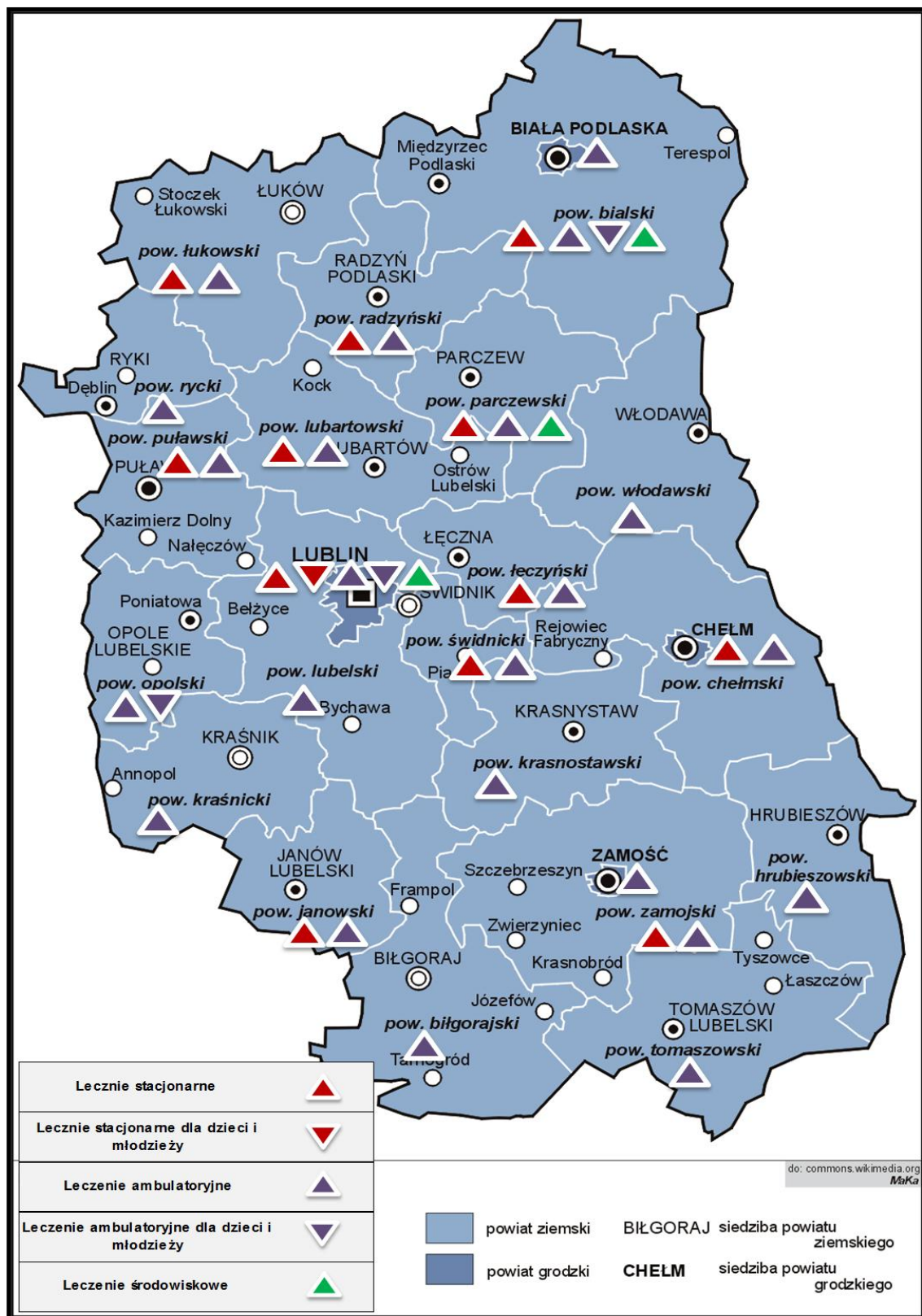
Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez LOW NFZ.

Ilość osób z upośledzeniem umysłowym leczonych w opiece stacjonarnej w 2010 roku wyniosła 329. Najwięcej pacjentów leczono w powiatach: grodzkim Lublin (37 osób), lubelskim (37 osób) oraz łukowskim (32 osoby). Na przestrzeni lat 2007 – 2010 liczba pacjentów nie zmieniała się istotnie i utrzymuje się powyżej 300 osób.

3. Zabezpieczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych i innych form wsparcia w województwie lubelskim

3.1. Dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Dostępność do świadczeń zdrowotnych w danym obszarze jest uzależniona od kilku czynników. Należy do nich zaliczyć potencjał osobowy czyli odpowiednio wyszkoloną kadrę medyczną, potencjał rzeczowy czyli infrastrukturę i sprzęt niezbędny do udzielania świadczeń, a także politykę płatnika, na którą składa się między innymi wycena świadczeń zdrowotnych. Te kryteria w głównej mierze wpływają na rozwój danych zakresów świadczeń, a przez to na ich dostępność dla mieszkańców województwa lubelskiego. Rozmieszczenie świadczeń stacjonarnych, ambulatoryjnych i środowiskowych przedstawia niżej przedstawiona mapa.



Źródło: Opracowanie własne, rozmieszczenie świadczeniodawców z uwzględnieniem świadczeń dla dzieci i młodzieży na podstawie Informatora Lubelskiego Oddziału NFZ za rok 2011.

Największe dysproporcje w rozmieszczeniu świadczeniodawców obserwuje się w zakresie leczenia środowiskowego i form alternatywnych dla leczenia stacjonarnego (hospitalizacja dzienna, hostel). Leczenie środowiskowe jest dostępne wyłącznie w powiecie białym, parczewskim i m. Lublin, dzienne oddziały psychiatryczne istnieją natomiast tylko

w m. Lublin. Poza tym deficytowymi świadczeniami są świadczenia dla dzieci i młodzieży udzielane wyłącznie w m. Lublin w leczeniu stacjonarnym i w powiecie bialskim, opolskim i m. Lublin w leczeniu ambulatoryjnym.

Wykaz miejsc udzielana świadczeń na terenie województwa lubelskiego

powiat	zakresy świadczeń	świadczeniodawca
POWIAT M. BIAŁA PODLASKA	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zdrowia Psychicznego; 21-500 Biała Podlaska, Janowska 17, tel. 833445150
		Nzoz Poradnia Psychologiczna, Kompleksowa Terapia Uzależnień "Zmiana"; 21-500 Biała Podlaska, Stacyjna 6, tel. 833428173
		Nzoz TERAPIA A TERAPIA UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA POMOC PSYCHOLOGICZNA; 21-500 Biała Podlaska, Stacyjna 6, tel. 833428184
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zdrowia Psychicznego; 21-500 Biała Podlaska, Janowska 17, tel. 833445150
POWIAT BIALSKI	LECZENIE ŚRODOWISKOWE (DOMOWE)	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanus w Wisznicach; 21-580 Wisznice, Warszawska 88, tel. 833782535
	ŚWIADCZENIA DLA OSÓB Z AUTYZMEM DZIECIĘCYM LUB INNYMI CAŁOŚCIOWYMI ZABURZENIAMI ROZWOJU	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanus w Wisznicach; 21-580 Wisznice, Warszawska 88, tel. 833782535
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Psyche"; 21-560 Międzyrzec Podlaski, Wiejska 13, tel. 833712263
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanus w Wisznicach; 21-580 Wisznice, Warszawska 88, tel. 833782535
POWIAT BIŁGORAJSKI	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Arion Zespół Opieki Zdrowotnej w Biłgoraju; 23-400 Biłgoraj, 3-Go Maja 91, tel. 846880105
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Arion Zespół Opieki Zdrowotnej w Biłgoraju; 23-400 Biłgoraj, 3-Go Maja 91, tel. 846861774
POWIAT M. CHEŁM	LECZENIE UZALEŻNIEŃ, W TYM ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie; 22-100 Chełm, Szpitalna 53b/Paw. C, tel. 825623365

	ŚWIADCZENIA DLA OSÓB Z AUTYZMEM DZIECIĘCYM LUB INNYMI CAŁOŚCIOWYMI ZABURZENIAMI ROZWOJU	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Marmed"; 22-100 Chełm, Szymanowskiego 6, tel. 825639074
	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie; 22-100 Chełm, Szpitalna 53b/Paw. C, tel. 825633378
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA i WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie; 22-100 Chełm, Szpitalna 53b/Paw. C, tel. 825623365
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Psychoterapii "Bioton"; 22-100 Chełm, Zachodnia 29, tel. 500100556
		Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie; 22-100 Chełm, Szpitalna 53b/Paw. C, tel. 825653364
POWIAT CHEŁMSKI	brak	brak
POWIAT HRUBIESZOWSKI	LECZENIE UZALEŻNIEŃ, W TYM ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie; 22-500 Hrubieszów, Piłsudskiego 11, tel. 846962611
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA i WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie; 22-500 Hrubieszów, Mickiewicza 2, tel. 846962081
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Zdrowia Psychicznego; 22-500 Hrubieszów, Mickiewicza 2, tel. 846963007
POWIAT JANOWSKI	LECZENIE UZALEŻNIEŃ	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej; 23-300 Janów Lubelski, Jana Zamoyskiego 149, tel. 158724611
	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej; 23-300 Janów Lubelski, Jana Zamoyskiego 149, tel. 158724611
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej; 23-300 Janów Lubelski, Jana Zamoyskiego 149, tel. 158724611
POWIAT KRASNOSTAWSKI	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA i WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie; 22-300 Krasnystaw, Sobieskiego 4, tel. 825764499
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie; 22-300 Krasnystaw, Browarna 6, tel.

		825761574
		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie; 22-300 Krasnystaw, Sobieskiego 4, tel. 825763893
POWIAT KRAŚNICKI	LECZENIE UZALEŻNIEŃ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Leczenia Uzależnień; 23-200 Kraśnik, Urzędowska 125, tel. 793728282
	ŚWIADCZENIA PSYCHOLOGICZNE	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Daw-Med M. Kowalska, M. Kowalski Sp. J; 23-200 Kraśnik, Ul. Urzędowska 44j, tel. 605839175
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Nzoz Opizośpm; 23-200 Kraśnik, Lubelska 32, tel. 818250105
		Nzoz Ośrodek Terapii Uzależnień; 23-200 Kraśnik, Kościuszki 26, tel. 818845318
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH INNYCH NIŻ ALKOHOL	Nzoz Ośrodek Terapii Uzależnień; 23-200 Kraśnik, Kościuszki 26, tel. 818845318
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku; 23-210 Kraśnik, Niepodległości 23, tel. 818254819
POWIAT LUBARTOWSKI	LECZENIE UZALEŻNIEŃ, W TYM ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie; 21-100 Lubartów, Słowackiego 7, tel. 818552007
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie; 21-100 Lubartów, Słowackiego 7, tel. 818552006
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie; 21-100 Lubartów, Słowackiego 7, tel. 818552006
POWIAT M. LUBLIN	LECZENIE ALKOHOLOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNNICYJNYCH (DETOKSYKACJI)	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/6, tel. 817441455
	LECZENIE NERWIC	Nzoz "Neuro-Psycho-Centrum" Beata Szwarz; 20-081 Lublin, Staszica 22, tel. 815328517
	LECZENIE ŚRODOWISKOWE (DOMOWE)	Ex Cordis Ośrodek Psychiatrii Środowiskowej i Psychoterapii; 20-459 Lublin, Wł. Kunickiego 122/16, tel. 814793050
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Zdrowia

		Psychosomatycznego Viamed; 20-625 Lublin, Leonarda 12, tel. 601957743
		Nzoz Sanus Jacek Madej; 20-240 Lublin, Kiwerskiego 3, tel. 817473999
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2, tel. 817441455
	LECZENIE UZALEŻNIEŃ	Ośrodek Leczenia Uzależnień; 20-027 Lublin, Karłowicza 1, tel. 815322979
		Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie; 20-074 Lublin, Spokojna 3, tel. 815284526
	LECZENIE UZALEŻNIEŃ, W TYM ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/7, tel. 817441455
	LECZENIE ZABURZEŃ NERWICOWYCH DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie; 20-439 Lublin, Głuska 1, tel. 817487302
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/9, tel. 817441455
	LECZENIE ZESPOŁÓW ABSTYNYCJYJNYCH PO SUBSTANCJACH PSYCHOAKTYWNYCH (DETOKSYKACJI)	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/6, tel. 817441455
	PROGRAM LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO	Ośrodek Leczenia Uzależnień; 20-121 Lublin, Tysiąclecia 5, tel. 815322979
	ŚWIADCZENIA ANTYNIKOTYNOWE	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Przyjaźni; 20-314 Lublin, Przyjaźni 13, tel. 814413565
	ŚWIADCZENIA DLA OSÓB Z AUTYZMEM DZIECIĘCYM LUB INNYMI CAŁOŚCIOWYMI ZABURZENIAMI ROZWOJU	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Terapii Autyzmu Alpha; 20-078 Lublin, Cicha 10, tel. 815325806
		Nzoz Sanus Jacek Madej; 20-240 Lublin, Kiwerskiego 3, tel. 817473999
	ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Przyjaźni; 20-314 Lublin, Przyjaźni 13, tel. 814413565
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2, tel. 817441455
	ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442

	REHABILITACYJNE DLA DZIECI i MŁODZIEŻY	Lublin, Abramowicka 2/8, tel. 817441455
	ŚWIADCZENIA DZIENNE TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Ośrodek Leczenia Uzależnień; 20-027 Lublin, Karłowicza 1, tel. 815322979
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 4b, tel. 817441455
	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA CHORYCH SOMATYCZNIE	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/6, tel. 817441455
	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie; 20-439 Lublin, Głuska 1, tel. 817487302
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/4, tel. 817441455
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/5, tel. 817441455
	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI i MŁODZIEŻY	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie; 20-439 Lublin, Głuska 1, tel. 817487302
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/8, tel. 817441455
	ŚWIADCZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/7, tel. 817441455
	ŚWIADCZENIA PSYCHOLOGICZNE	Centrum Medyczne Sanitas Sp. z o.o. 20-008 Lublin, Hempla 5, tel. 815347481
		Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana Z Dukli; 20-090 Lublin, Dr K. Jaczewskiego 7, tel. 817477511wew238
		Gastromed Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 20-607 Lublin, Konrada Wallenroda 2f, tel. 814643198
		Lubelskie Hospicjum Dla Dzieci im. Małego Księcia Nzo Poradnia Zdrowia Psychicznego; 20-828 Lublin, Łędzian 49, tel. 815371333
		Nszoz Janowski i Partnerzy Lekarze; 20-629 Lublin, Juranda 9, tel. 815259521

		Nzoz "Neuro-Psycho-Centrum" Beata Szware; 20-081 Lublin, Staszica 22, tel. 815328517
		Specjalistyczne Centrum Psychoneurologii Modus; 20-632 Lublin, Jana Sawy 8/14, tel. 815280069
		Specjalistyczne Gabinety Lekarskie Sanitas S.C.; 20-802 Lublin, Kolorowa 24/45, tel. 817401858
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 LUBLIN, ABRAMOWICKA 2/10, tel. 817443061w.372
	ŚWIADCZENIA REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/8, tel. 817441455
	ŚWIADCZENIA SEKSUOLOGICZNE I PATOLOGII WSPÓŁŻYCIA	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Przyjaźni; 20-314 Lublin, Przyjaźni 13, tel. 814413565
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Ośrodek Leczenia Uzależnień; 20-027 Lublin, Karłowicza 1, tel. 815321382
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 4b, tel. 817442228
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH INNYCH NIŻ ALKOHOL	Nzoz Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień Monar w Lublinie; 20-218 Lublin, Hutnicza 10 B, tel. 817451010
		Ośrodek Leczenia Uzależnień; 20-121 Lublin, Tysiąclecia 5, tel. 815322979
	ŚWIADCZENIA W IZBIE PRZYJĘĆ SZPITALA (RYCZAŁT DOBOWY)	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 4b, tel. 817443061
		Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie; 20-439 Lublin, Głuska 1, tel. 817487302
	ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH PODSTAWOWEGO ZABEZPIECZENIA	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 Lublin, Abramowicka 2/3, tel. 817441455
	ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie; 20-439 Lublin, Głuska 1, tel. 817487302
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442

ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Lublin, Abramowicka 2/3, tel. 817441455
	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarze Specjaliści" Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością; 20-219 Lublin, Odlewnicza 3, tel. 817462773
	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Przyjaźni; 20-314 Lublin, Przyjaźni 13, tel. 814413565
	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Zdrowia Psychosomatycznego Viamed; 20- 625 Lublin, Leonarda 12, tel. 601957743
	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Specjalistyczna "Hipoteczna 4"; 20- 027 Lublin, Hipoteczna 4, tel. 815325081
	Npzoż Psychomed Bojarska ,Boguszewska-Lekarze Sp.P; 20-081 Lublin, Staszica 22, tel. 815326534
	Nszoż Janowski i Partnerzy Lekarze; 20-629 Lublin, Juranda 9, tel. 815259521
	Nzoż "Neuro-Psycho-Centrum" Beata Szwarc; 20-081 Lublin, Staszica 22, tel. 815328517
	Nzoż Sanus Jacek Madej; 20-143 Lublin, Magnoliowa 2, tel. 817473999
	Nzoż Specjalistyk Czechów Sp. Z O.O.; 20-848 Lublin, Kompozytorów Polskich 8, tel. 817187207
	Ośrodek Medyczny Dmp Sp. Z O.O.; 20-952 Lublin, Mełgiewska 7-9, tel. 817105656
	Samodzielny Publiczny Akademicki Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie; 20-032 Lublin, Langiewicza 6a, tel. 815247820
	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie; 20-439 Lublin, Głuska 1, tel. 817487302
	Specjalistyczne Centrum Psychoneurologii Modus; 20-632 Lublin, Jana Sawy 8/14, tel. 815280069
	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoż; 20-442 LUBLIN, ABRAMOWICKA 2, tel. 817443061wewn.367

		Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie.; 20-074 Lublin, Spokojna 3, tel. 815285679
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI i MŁODZIEŻY	Dziecięcy Szpital Kliniczny im.Prof.A.Gębali w Lublinie; 20-093 Lublin, Chodźki 2, tel. 817185517
		Nzoz "Neuro-Psycho-Centrum" Beata Szwarc; 20-081 Lublin, Staszica 22, tel. 815328517
		Nzoz Sanus Jacek Madej; 20-240 Lublin, Kiwerskiego 3, tel. 817473999
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 20-442 LUBLIN, ABRAMOWICKA 2, tel. 817443061wewn.367
POWIAT LUBELSKI	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA i WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 23-100 Bychawa, Piłsudskiego 22, tel. 815660031
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach; 24-200 Bełżyce, Bednarska 2, tel. 815162913 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 23-100 Bychawa, Piłsudskiego 30, tel. 815669474
POWIAT ŁĘCZYŃSKI	LECZENIE UZALEŻNIEŃ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej; 21-010 Łęczna, Krasnystawska 52, tel. 817526225
	ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Spzoz; 21-020 Łysołaje-Kolonia, 59, tel. 817441455
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA i WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Specjalistyczne Gabinety Lekarskie Sanitas S.C.; 21-010 Łęczna, Górnica 3, tel. 817520741
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej; 21-010 Łęczna, Krasnystawska 52, tel. 817526225 Specjalistyczne Gabinety Lekarskie Sanitas S.C.; 21-010 Łęczna, Górnica 3, tel. 817520741
POWIAT ŁUKOWSKI	LECZENIE ALKOHOLOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNNICYJNYCH (DETOKSYKACJI)	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 21-400 ŁUKÓW, DR ANDRZEJA ROGALIŃSKIEGO 3, tel. 257982001w.314
	LECZENIE UZALEŻNIEŃ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 21-400 ŁUKÓW, DR ANDRZEJA ROGALIŃSKIEGO 3, tel. 257982001w.339

	LECZENIE UZALEŻNIEŃ, W TYM ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 21-400 ŁUKÓW, DR ANDRZEJA ROGALIŃSKIEGO 3, tel. 257982001w.334
	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 21-400 ŁUKÓW, DR ANDRZEJA ROGALIŃSKIEGO 3, tel. 257982001w.313
	ŚWIADCZENIA PSYCHOLOGICZNE	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 21-400 ŁUKÓW, DR ANDRZEJA ROGALIŃSKIEGO 3, tel. 257982001w.323
	ŚWIADCZENIA W IZBIE PRZYJĘĆ SZPITALA (RYCZAŁT DOBOWY)	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 21-400 ŁUKÓW, DR ANDRZEJA ROGALIŃSKIEGO 3, tel. 257982001w.267
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Łuksja-Med.; 21-400 Łuków, Staropijarska 3, tel. 257985250
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 21-400 ŁUKÓW, DR ANDRZEJA ROGALIŃSKIEGO 3, tel. 257982001w.339
POWIAT OPOLSKI	ŚWIADCZENIA PSYCHOLOGICZNE	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Opolu Lubelskim; 24-300 Opole Lubelskie, Przemysłowa 4/B, tel. 818272869
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Opolu Lubelskim; 24-300 Opole Lubelskie, Przemysłowa 4/B, tel. 818272869
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Opolu Lubelskim; 24-300 Opole Lubelskie, Przemysłowa 4/B, tel. 818272869
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Nzoz "Vivamed" Lek.Med. Robert Plechawski; 24-300 Opole Lubelskie, Ogrodowa 9, tel. 818275577
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Opolu Lubelskim; 24-300 Opole Lubelskie, Przemysłowa 4/B, tel. 818272869
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Opolu Lubelskim; 24-320 Poniatowa, 11-Go Listopada 3, tel. 818204361
POWIAT PARCZEWSKI	LECZENIE ŚRODOWISKOWE (DOMOWE)	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kamimed Spółka Cywilna Zespół Psychiatrycznego Leczenia Środowiskowego; 21-200 Parczew, Spółdzielcza 10, tel. 604536965

	ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kamimed Spółka Cywilna Zespół Psychiatrycznego Leczenia Środowiskowego; 21-210 Milanów-Kolonia, Nowa 1a, tel. 604536965
	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie; 21-200 Parczew, Kościelna 124, tel. 833552170
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie; 21-200 Parczew, Kościelna 124, tel. 833552173
	ŚWIADCZENIA W IZBIE PRZYJĘĆ SZPITALA (RYCZAŁT DOBOWY)	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie; 21-200 Parczew, Kościelna 124, tel. 833552170
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie; 21-200 Parczew, Kościelna 124, tel. 833552173
POWIAT PUŁAWSKI	ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Nzoz Prywatne Sanatorium; 24-140 Strzelce, 28b, tel. 815015194
	ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE REHABILITACYJNE DLA DOROSŁYCH	Nzoz Prywatne Sanatorium; 24-140 Strzelce, 28b, tel. 815015194
	ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Celejowie; 24-120 Celejów, Celejów 68, tel. 818810211
	ŚWIADCZENIA PSYCHOLOGICZNE	Zakład Fizjoterapii i Masażu Bio-Relax; 24-100 Puławy, Eustachiewicza 3, tel. 818885577
	ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNE DLA UZALEŻNIENIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacyjny Dla Uzależnionych Od Substancji Psychoaktywnych; 24-120 CHOLEWIANKA, 2, tel. 504246443
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach; 24-100 Puławy, Kołłątaja 51, tel. 818872078
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH INNYCH NIŻ ALKOHOL	Nzoz Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień Monar w Puławach; 24-100 Puławy, Al. Królewska 3a, tel. 818864236
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Nzoz "Luxmed-Uzdrowisko Nałęczów" Sp. z O.O.; 24-140 Nałęczów, Kasztanowa 6, tel.

		815016012
		Centrum Medyczne "Internus" Sp. Z O.O.; 24-100 Puławy, Al. Królewska 15, tel. 818884068
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach; 24-100 PUŁAWY, CENTRALNA 16, tel. 818864271do3
		Nzoz Prywatne Sanatorium; 24-140 Strzelce, 28b, tel. 815015194
POWIAT RADZYŃSKI	LECZENIE ALKOHOLOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNNENCYJNYCH (DETOKSYKACJI)	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim; 21-300 Radzyń Podlaski, Wisznicka 111, tel. 834132379
	LECZENIE UZALEŻNIEŃ, W TYM ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim; 21-300 Radzyń Podlaski, Wisznicka 111, tel. 834132356
		Wojewódzki Szpital Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych; 21-305 Suchowola, 48, tel. 833530364
	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim; 21-300 Radzyń Podlaski, Wisznicka 111, tel. 834132360
		Wojewódzki Szpital Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych; 21-305 Suchowola, 48, tel. 833530364
	ŚWIADCZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim; 21-300 Radzyń Podlaski, Wisznicka 111, tel. 834132300
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim; 21-300 Radzyń Podlaski, Wisznicka 111, tel. 834132379
	ŚWIADCZENIA W IZBIE PRZYJĘĆ SZPITALA (RYCZAŁT DOBOWY)	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim; 21-300 Radzyń Podlaski, Wisznicka 111, tel. 834132379
	ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH PODSTAWOWEGO ZABEZPIECZENIA	Wojewódzki Szpital Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych; 21-305 Suchowola, 48, tel. 833530364
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim; 21-300 Radzyń Podlaski, Wisznicka 111, tel. 83413379
POWIAT RYCKI	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Klinika Sp. Z O.O. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 08-500 Ryki, Żytnia 23, tel. 818656317

	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	6 Szpital Wojskowy Z Przychodnią Sp Zoz; 08-530 Dęblin, Szpitalna 2, tel. 815518580
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 08-530 Dęblin, Rynek 14, tel. 818830608
		Klinika Sp. Z O.O. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 08-500 Ryki, Żytunia 23, tel. 818656317
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Specjalistyczna w Rykach; 08-500 Ryki, Warszawska 13, tel. 818652367
POWIAT ŚWIDNICKI	ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNE DLA UZALEŻNIENIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacyjno - Readaptacyjny "Monar" w Majdanie Kozic Dolnych; 21-050 Majdan Kozic Dolnych, Majdan Kozic Dolnych 29, tel. 817451001, 815840000
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA i WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Nzoz Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Uzależnień; 21-040 Świdnik, Leśmiana 4, tel. 817514561
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Nzoz Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Uzależnień; 21-040 Świdnik, Leśmiana 4, tel. 817514561
POWIAT TOMASZOWSKI	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA i WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Psycho-Med"; 22-600 Tomaszów Lubelski, Aleje Grunwaldzkie 1, tel. 846658679
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH INNYCH NIŻ ALKOHOL	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Psycho-Med"; 22-600 Tomaszów Lubelski, Aleje Grunwaldzkie 1, tel. 846658679
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Psycho-Med"; 22-600 Tomaszów Lubelski, Aleje Grunwaldzkie 1, tel. 846658679
POWIAT WŁODAWSKI	LECZENIE UZALEŻNIEŃ	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej We Włodawie; 22-200 Włodawa, Al. J. Piłsudskiego 66, tel. 825725872
	ŚWIADCZENIA PSYCHOLOGICZNE	NZoz Przychodnia Lekarzy Specjalistów- A.Krawczyk, P.Pakuła, D.Piróg, D.Solarz- Spółka Partnerska; 22-200 Włodawa, Al. J. Piłsudskiego 66, tel. 825724900
	ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA i WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	N Zoz Przychodnia Lekarzy Specjalistów- A.Krawczyk, P.Pakuła, D.Piróg, D.Solarz- Spółka Partnerska; 22-200 Włodawa, Al. J. Piłsudskiego 66, tel. 825724900

	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Animed" Ośrodek Zdrowia; 22-234 Urszulin, Lubelska 31/5, tel. 825713002
		N Zoz Przychodnia Lekarzy Specjalistów- A.Krawczyk, P.Pakuła, D.Piróg, D.Solarz- Spółka Partnerska; 22-200 Włodawa, Al. J. Piłsudskiego 66, tel. 825724900
		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej We Włodawie; 22-200 Włodawa, Al. J. Piłsudskiego 66, tel. 825725872
POWIAT M. ZAMOŚĆ	LECZENIE UZALEŻNIEŃ	Nzoz Centrum Zdrowia Psychicznego w Zamościu; 22-400 Zamość, Partyzantów 5, tel. 846271616
	ŚWIADCZENIA PSYCHOLOGICZNE	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Med-Spec" Sp. Z O.O.; 22-400 Zamość, Kilińskiego 4, tel. 846775144
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Resort-Med"; 22-400 Zamość, Wyszyńskiego 2, tel. 846771706
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Puls; 22-400 Zamość, Jana Pawła II 19, tel. 845303743
	ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Med-Spec" Sp. Z O.O.; 22-400 Zamość, Kilińskiego 4, tel. 846775140
		Nzoz Centrum Zdrowia Psychicznego w Zamościu; 22-400 Zamość, Partyzantów 5, tel. 846271115
POWIAT ZAMOJSKI	LECZENIE UZALEŻNIEŃ, W TYM ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy; 22-463 RADECZNICA, KLASZTORNA 4, tel. 846818002w219
	ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy; 22-463 RADECZNICA, KLASZTORNA 4, tel. 846818002w219
	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy; 22-463 RADECZNICA, KLASZTORNA 4, tel. 846818002w219
	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA PRZEWLEKLE CHORYCH	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy; 22-463 RADECZNICA, KLASZTORNA 4, tel.

		846818002w219
	ŚWIADCZENIA W IZBIE PRZYJĘĆ SZPITALA (RYCZAŁT DOBOWY)	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy; 22-463 RADECZNICA, KLASZTORNA 4, tel. 846818002w219

Źródło: Opracowanie własne, miejsca udzielania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień na podstawie Informatora Lubelskiego Oddziału NFZ za rok 2011.

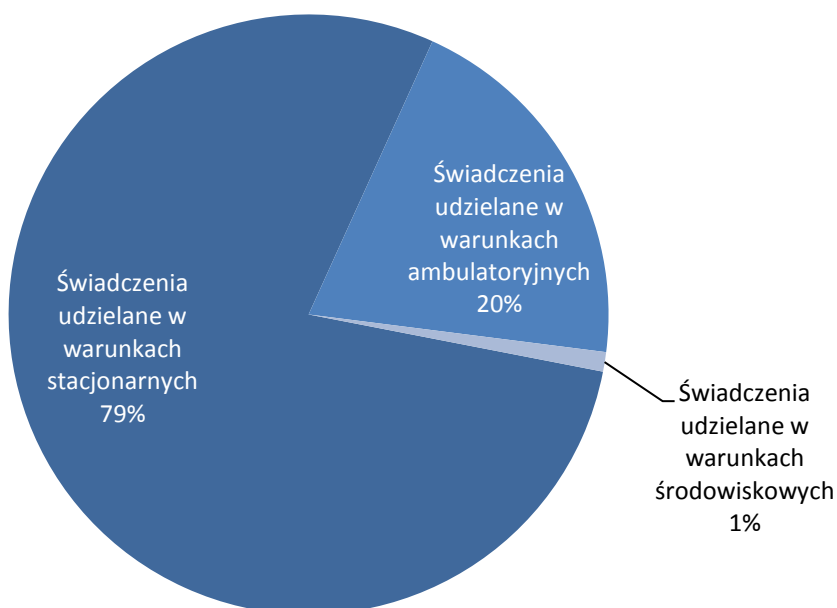
3.2. Struktura wydatkowania publicznych środków finansowych na leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi

Kwestia nakładów na lecznictwo i opiekę psychiatryczną jest powiązana z problematyką dostępności do danego zakresu świadczeń. Część osób z zaburzeniami psychicznymi korzysta z zadań finansowanych ze środków PFRON ukierunkowanych na rehabilitację zawodową i społeczną. Takie działania niewątpliwie wpływają na stan zdrowia i zajmują ważną rolę w procesie rehabilitacji czy profilaktyki. Obok tego istotnym działaniem w ramach zdrowia psychicznego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych w ramach leczenia psychiatrii i uzależnień. Aby przybliżyć pojęcie skali obu zakresów należy wskazać, że w 2010 roku budżet Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień wyniósł 1,9 miliarda złotych na cały kraj (źródło: plan finansowy NFZ za 2010 r. po zmianach). W tym samym okresie i na tej samej przestrzeni PFRON wydatkował na zadania rehabilitacji społecznej i zawodowej niepełnosprawnych (osób, których niepełnosprawność wynika z problemów zdrowia psychicznego) około 700 mln (źródło: wydatkowanie środków PFRON w województwach i powiatach na rok 2010).

Analizując strukturę wydatkowania środków publicznych należy jednak mieć na uwadze, że obok świadczeń zdrowia psychicznego udzielanych ze środków publicznych istnieją świadczenia komercyjne. Problemem całego systemu ochrony zdrowia jest brak kompleksowych danych w zakresie komercyjnej i publicznej sfery świadczeń zdrowotnych. Tymczasem pełna ocena dostępności do określonego zakresu świadczeń wymaga również wykorzystania informacji o odpłatnych świadczeniach opieki zdrowotnej.

W kontekście celów, jakimi operuje Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, warto zauważyć nieproporcjonalnie rozłożenie wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń w szczególności nieproporcjonalne nakłady ze środków publicznych na leczenie środowiskowe (około 1% kontraktu NFZ). Kontraktowanie jest odbiciem istniejącej infrastruktury i można wywieść wniosek o niewystarczającej globalnie ilości świadczeniodawców udzielających tego typu świadczeń.

**Struktura wydatków na świadczenia publiczne w zakresie
zdrowia psychicznego i uzależnień wg planu NFZ z 2012 r.
(województwo lubelskie)**



Źródło: Plan finansowy NFZ na 2012 r. (kwiecień 2012), 100% = 109 mln

Średnia wycena świadczeń:

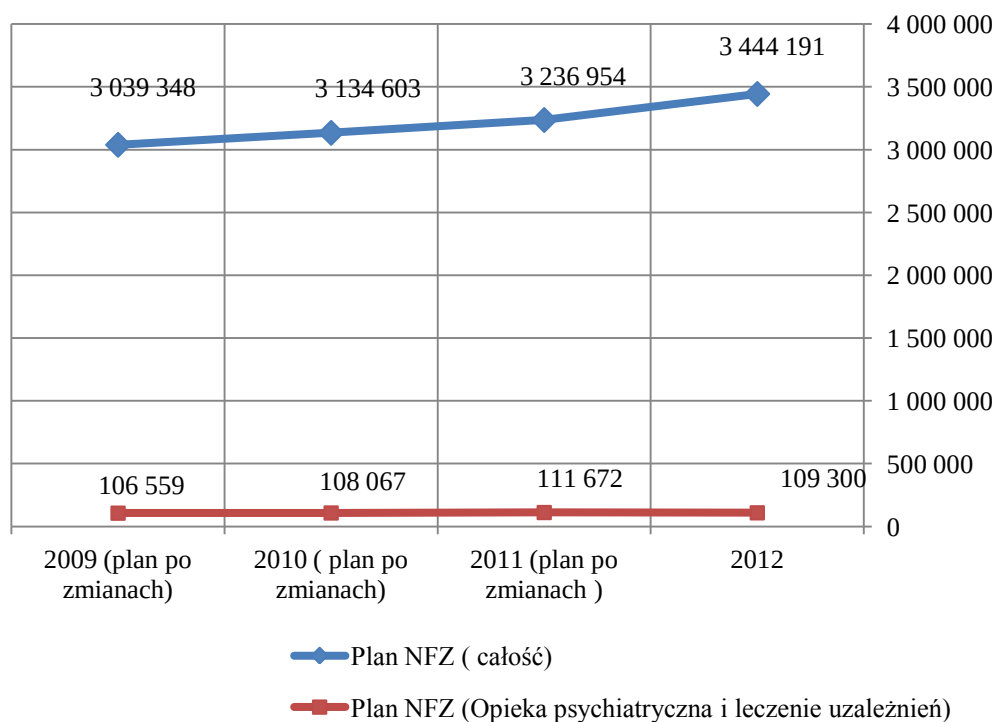
Rodzaj świadczenia	Średnia wycena punktu
Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych	7,45 zł
Świadczenia udzielane w warunkach środowiskowych	7,90 zł

Źródło: Średnia wycena punktowa produktów kontraktowanych w ramach NFZ w danym rodzaju w województwie lubelskim (2012), na podstawie informatora o zawartych umowach NFZ z 2012.

Z drugiej strony przepływ środków na linii NFZ – świadczeniodawcy kształtuje rozwój infrastruktury i wpływa na decyzje inwestycyjne. Ponieważ działalność lecznicza nie jest działaniem dorywczym, ale działalnością prowadzoną w sposób zorganizowany i ciągły, takie czynniki jak stały i stabilny wzrost wielkości kontraktu stymuluje rozwój podmiotów ochrony zdrowia. Ta zależność odnosi się również do opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W województwie lubelskim obserwuje się niekorzystny trend zgodnie, z którym wartość nakładów na ochronę psychiatryczną nie rośnie proporcjonalnie do wzrostu ogólnej wartości

kontraktowania. Uwzględniając takie czynniki jak inflację czy wzrost kosztów działalność lecznicza prowadzona nawet nie dla zysku staje się trudna do zbilansowania.

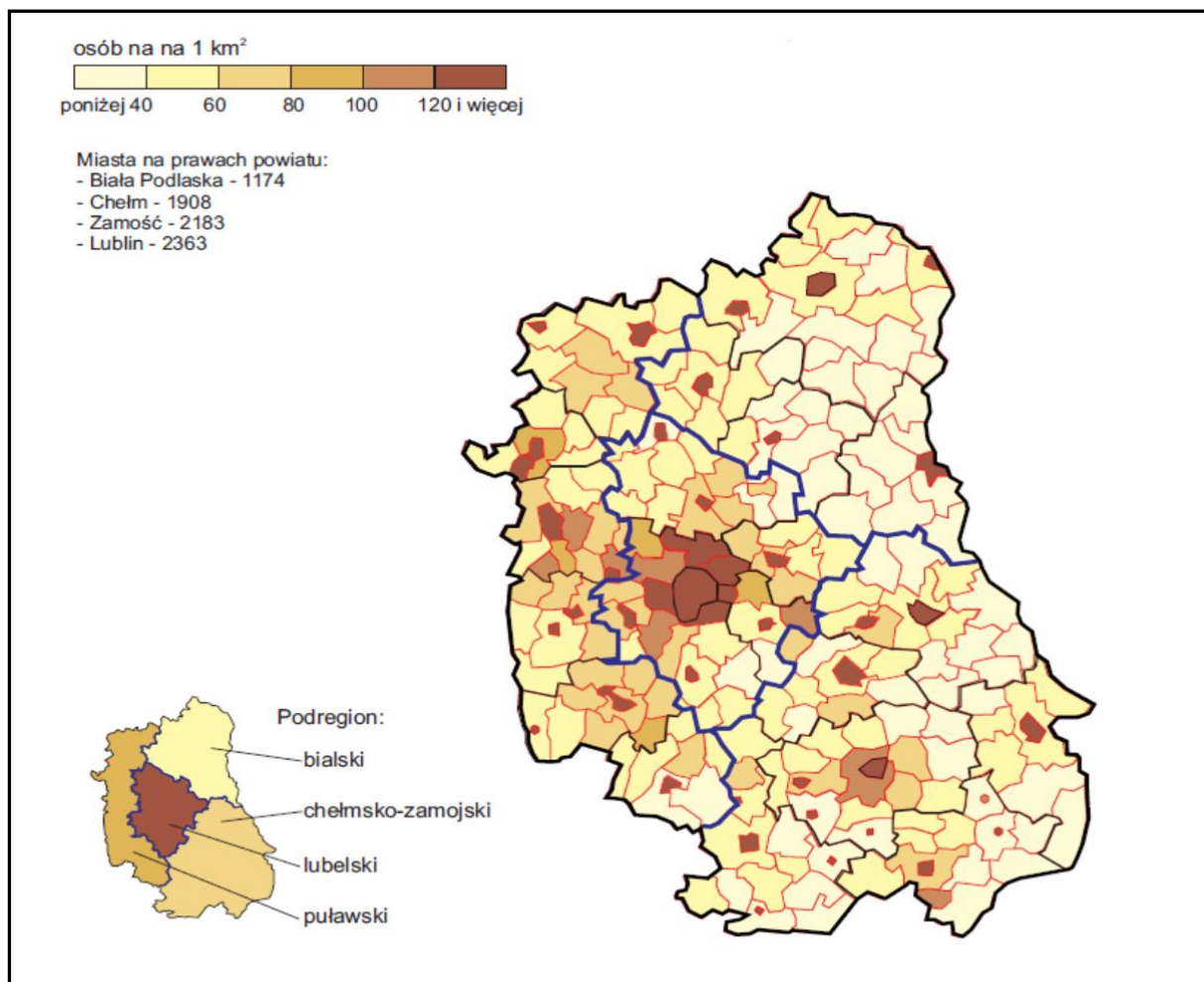
Nakłady NFZ na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień na tle ogółu wydatków na świadczenia zdrowotne w województwie lubelskim (w tys.)



Źródło: Plan finansowy NFZ.

Przechodząc do przestrzennej analizy struktury środków publicznych województwo lubelskie zostało na potrzeby statystyki podzielone na cztery podregiony(subregiony): bialski, lubelski, chełmsko-zamojski, puławski.

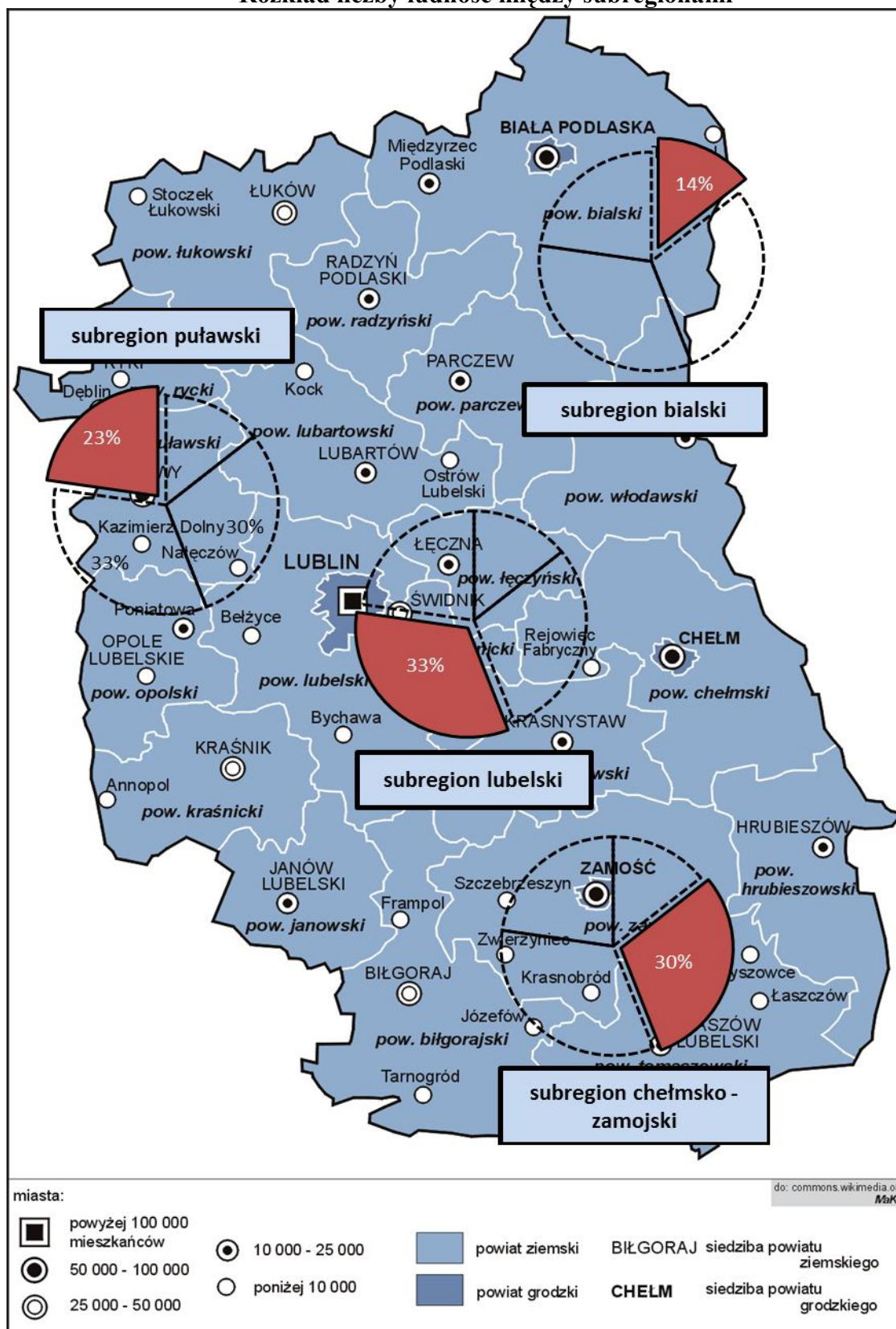
Podział na podregiony i gęstość zaludnienia



Źródło: GUS Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie lubelskim w 2010 r., sierpień 2011 r.

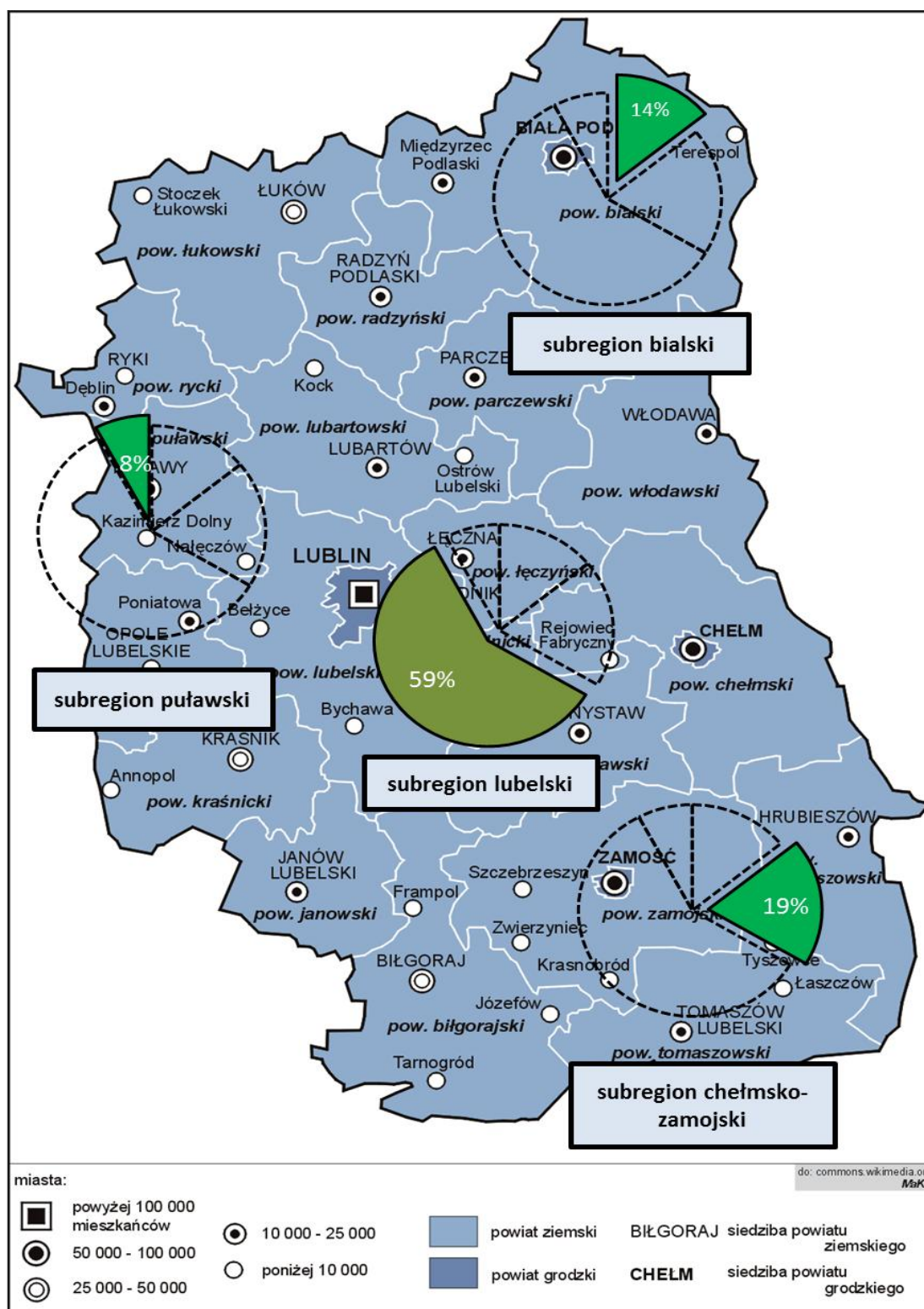
Bazując na takim podziale funkcjonalnym można wskazać zarówno wielkość populacji w poszczególnych regionach jak i podział środków publicznych.

Rozkład liczby ludność między subregionami



Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie lubelskim w 2010 r., sierpień 2011 r., 100% = 2.151.895.

Rozkład środków publicznych wydatkowanych na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień między subregionami.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informatora NFZ o zawartych umowach 2012, 100%=109 mln zł.

W województwie lubelskim można zaobserwować rozdźwięk między podziałem środków NFZ, a rozkładem ludności. NFZ wyłania usługodawców w ramach konkursu, co

implikuje nieproporcjonalne rozłożenie świadczeniodawców w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Podsumowanie:

Analiza struktury wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w aspekcie struktury, przestrzeni i czasu wskazuje na niekorzystne zjawiska mogące wpływać na dostępność. Należą do nich: niskie finansowanie opieki środowiskowej, brak adekwatnego wzrostu kontraktu w czasie, nierówność w rozkładzie środków. Przyczyny tego stanu są różne - brak świadczeniodawców, specjalistów lub metodologia kontraktowania stosowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3.3. Środowiskowe formy wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi

Działania zmierzające do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych w zakresie pomocy bytowej i wsparcia w środowisku – w tym osób chorujących psychicznie – od dawna zajmują szczególne miejsce w polityce samorządu województwa lubelskiego. Wynikają one z Ustawy o pomocy społecznej, Ustawy o rehabilitacji społeczno – zawodowej osób niepełnosprawnych, Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Kierunki działań w tym zakresie określone zostały również w Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego oraz wynikających z niej programów.

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 art. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jednostki organizacyjne pomocy społecznej i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz sprawach bytowych. Oparcie społeczne polega w szczególności na:

1. podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,
2. organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
3. udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Zadania samorządów na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi realizowane są w oparciu o przepisy m.in. ustawy o pomocy społecznej, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

Na terenie województwa lubelskiego funkcjonuje ogółem 26 domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób psychicznie przewlekłe chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, przy czym 7 placówek stanowią domy łączonego typu:

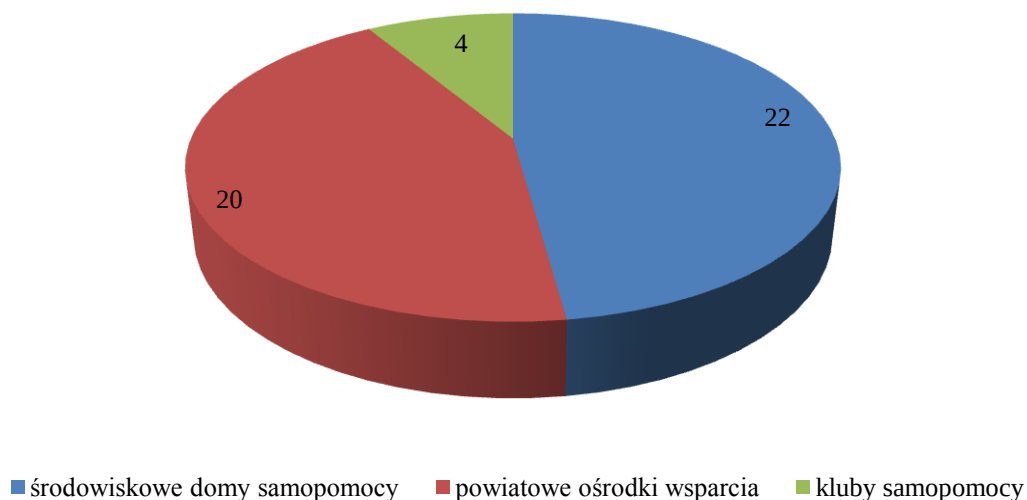
1. dla osób przewlekłe psychicznie chorych i dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
2. dla dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
3. dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie i osób przewlekłe psychicznie chorych.

Ogółem na terenie Lubelszczyzny funkcjonuje 10 domów z miejscami dla osób psychicznie przewlekłe chorych, 8 dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie oraz 14 dla osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Na terenie województwa funkcjonują 22 Środowiskowe Domy Samopomocy, w tym 18 prowadzonych przez gminę oraz 4 przez inny podmiot, 20 Powiatowych Ośrodków Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi, w tym 13 prowadzonych przez powiat, 7 przez inny podmiot oraz 4 kluby samopomocy.

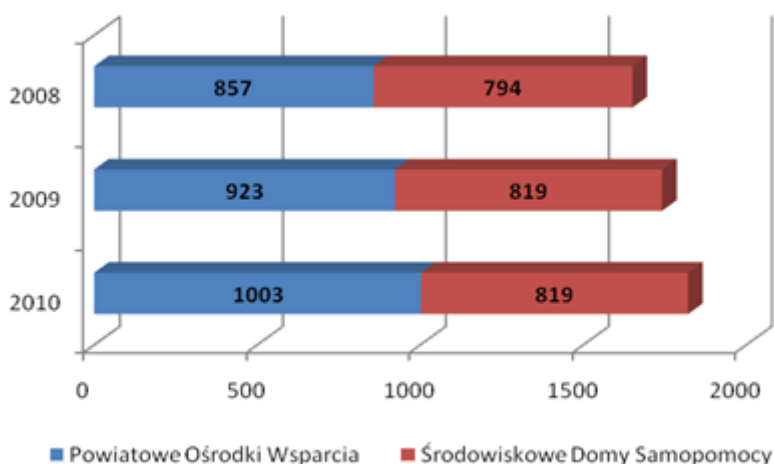
Liczba osób korzystających ze wsparcia środowiskowych domów samopomocy i powiatowych ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2008-2010 sukcesywnie rośnie: w środowiskowych domach samopomocy wzrosła o 7%, a w powiatowych ośrodkach wsparcia o 15%.

Liczba ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie.

Liczba podopiecznych powiatowych ośrodków wsparcia i środowiskowych domów samopomocy w latach 2008-2010.



Źródło: Opracowanie ROPS na podstawie sprawozdania MPiPS-03

W celu dokładnego rozpoznania skali problemów osób z zaburzeniami psychicznymi korzystających ze wsparcia ośrodków pomocy społecznej do 209 ośrodków w gminach oraz w 4 miastach na prawach powiatu Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej wysłał kwestionariusz ankiety obejmujący zbiór celowo skonstruowanych pytań dostosowanych do zakresu działania ośrodków pomocy społecznej. Kwestionariusz obejmował pytania pozwalające określić skalę problemów osób z zaburzeniami psychicznymi korzystających z pomocy ośrodków oraz formy pomocy im udzielanych. Otrzymano 123 (tj. 58%) ankiety

zwrotne, w tym z 3 ośrodków pomocy społecznej działających w miastach na prawach powiatu.

Na podstawie informacji uzyskanych od respondentów można stwierdzić, że liczba klientów ośrodków pomocy społecznej z zaburzeniami psychicznymi, w tym chorujących psychicznie w latach 2008-2010 sukcesywnie rośnie. Na przestrzeni 3 lat wzrosła o 10%. Odsetek osób przewlekłe chorujących psychicznie w ogólnej liczbie osób z zaburzeniami psychicznymi nie ulega zasadniczym zmianom – w roku 2008 wynosił 47%, 2009 – 50%, natomiast w 2010 – 46%.

Liczba klientów ośrodków pomocy społecznej z zaburzeniami psychicznymi w latach 2008-2010

lata	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem	Procent wzrostu	Liczba osób chorujących psychicznie	Procent wzrostu
2008	4 450	x	2 074	x
2009	4 474	1%	2 219	6%
2010	4 966	10%	2 294	3%
2008-2010	x	10%	x	10%

Źródło: Opracowanie ROPS w Lublinie na podstawie danych ops.

Większość, bo ponad 50% klientów ankietowanych ośrodków pomocy społecznej stanowią osoby zamieszkujące z rodzinami. W analizowanych latach odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkujących z rodzinami ulegał nieznacznym zmianom, jednak zawsze był wyższy niż odsetek osób samotnych.

Sytuacja rodzinna osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem

lata	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem		%		Liczba osób chorujących psychicznie		%	
	samotni	w rodzinie	samotni	w rodzinie	samotni	w rodzinie	samotni	w rodzinie
2008	1 793	2 657	40	60	958	1 233	46	54
2009	1 898	2 876	42	58	982	1 237	44	56
2010	2 008	2 958	40	60	1 019	1 275	44	56

Źródło: Opracowanie ROPS w Lublinie na podstawie danych ops.

Ze względu na wiek dominującą grupę klientów stanowią osoby w wieku 46-55 lat oraz powyżej 56 lat. W latach 2008-2010 odsetek klientów w wymienionych przedziałach wiekowych wynosił ponad 20%. Z kolei najmniej osób z zaburzeniami psychicznymi objętych wsparciem ośrodków pomocy społecznej to osoby niepełnoletnie i młodzi do 25 roku życia (poniżej 10%).

Wiek osób z zaburzeniami psychicznymi

wiek	2008		2009		2010	
	Osoby z zaburzeniami psychicznymi ogółem	Chorujący psychicznie	Osoby z zaburzeniami psychicznymi ogółem	Chorujący psychicznie	Osoby z zaburzeniami psychicznymi ogółem	Chorujący psychicznie
poniżej 18 lat	8%	5%	9%	5%	8%	5%
18-25 lat	7%	5%	7%	5%	7%	5%
26-35 lat	16%	15%	16%	15%	17%	17%
36-45 lat	19%	19%	18%	17%	19%	18%
46-55 lat	25%	27%	25%	27%	24%	26%
powyżej 56	25%	29%	25%	31%	25%	29%

Źródło: Opracowanie ROPS w Lublinie na podstawie danych ops

Większość osób z zaburzeniami psychicznymi to emeryci i renciści (rok 2008- 54%, 2009 – 57%, 2010 – 52%). W grupie osób ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną odsetek klientów posiadających status emeryta lub rencisty w omawianych latach wynosił w roku 2008 – 61%, 2009 – 62%, zaś w 2010 – 60%. Bardzo widoczne jest, że osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę stanowią najmniejszą grupę klientów z zaburzeniami psychicznymi – zaledwie 1% wszystkich.

Tabela nr 9. Sytuacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Status na rynku pracy	2008				2009				2010			
	Osoby z zaburzeniami i psychicznym ogółem		Chorujący psychicznie		Osoby z zaburzeniami i psychicznym ogółem		Chorujący psychicznie		Osoby z zaburzeniami psychicznymi ogółem		Chorujący psychicznie	
	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%
zatrudniony na podst. umowy o pracę	49	1	18	1	51	1	21	1	61	1	23	1
rencista/emeryt	2 398	54	1 279	61	2 560	57	1 376	62	2 585	52	1 377	60
bezrobotny	337	8	125	6	380	8	126	6	417	8	136	6
uczeń/student	205	7	100	5	344	7	113	5	344	7	114	4
inny	1 261	30	552	27	1 439	27	583	26	1559	32	644	29

Źródło: Opracowanie ROPS w Lublinie na podstawie danych ops.

Podobnie jak w przypadku jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w celu rozpoznania sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi korzystających ze wsparcia organizacji pozarządowych Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie opracował kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz wysłano do 18 organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Otrzymano 15 ankiet zwrotnych

(81% zwrotów). Należy podkreślić, że nie wszystkie organizacje odpowiedziały na pytania kwestionariusza ze względu na brak stosownych danych.

W roku 2008 ze wsparcia ankietowanych organizacji pozarządowych skorzystało 6 681 osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym 976 osób chorujących psychicznie. W roku 2009 odnotowano 5% wzrost liczby osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem, natomiast liczba chorujących psychicznie wzrosła o 12%. W roku 2010 w odniesieniu do 2009 liczba osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem wzrosła o 3%, zaś chorujących psychicznie zmalała o 16%. Ogólnie rzecz biorąc na przestrzeni omawianych lat odnotowano sukcesywny wzrost liczby podopiecznych z zaburzeniami psychicznymi ogółem, natomiast w przypadku osób chorujących psychicznie nie zaobserwowano stałej tendencji.

Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi objętych wsparciem NGO w latach 2008-2010

Lata	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem	Procent wzrostu	Liczba osób chorujących psychicznie	Procent wzrostu
2008	5 681	x	976	x
2009	6 014	5%	1 121	12%
2010	6 195	3%	940	-16%
2008-2010	x	8%	x	-4%

Źródło: Opracowanie ROPS w Lublinie na podstawie danych NGO.

Zdecydowanie najwięcej osób skorzystało w omawianych latach z pomocy lekarza psychiatry:

- w roku 2008 - 68% osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem oraz 85% osób chorujących psychicznie,
- w roku 2009 – 67% osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem oraz 75% osób chorujących psychicznie,
- w roku 2010 - 67% osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem oraz 76% osób chorujących psychicznie.

Drugą dominującą formą pomocy udzielaną przez organizacje jest wsparcie psychologiczne. W latach 2008-2010 z pomocy psychologa skorzystało:

- w roku 2008 - 34% osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem oraz 78% osób chorujących psychicznie,
- w roku 2009 – 34% osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem oraz 67% osób chorujących psychicznie,
- w roku 2010 - 34% osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem oraz 73% osób chorujących psychicznie.

Z kolei najmniej osób skorzystało z pomocy w formie usług opiekuńczych oraz pobytu w mieszkaniach chronionych – poniżej 0,5% ogółu podopiecznych NGO-sów. Należy dodać, iż jedynie trzy organizacje prowadzą mieszkania chronione: Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” w Lublinie – 6 mieszkań dysponujących ogółem 10 miejscami, Puławskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego – 11 mieszkań jednoosobowych oraz Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego – 2 mieszkania chronione dysponujące 9 miejscami.

Formy wsparcia udzielane przez NGO osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym chorującym psychicznie

Forma pomocy	2008		2009		2010	
	Osoby z zaburzeniami psychicznymi ogółem	Chorujący psychicznie	Osoby z zaburzeniami psychicznymi ogółem	Chorujący psychicznie	Osoby z zaburzeniami psychicznymi ogółem	Chorujący psychicznie
pomoc lekarza psychiatry	3 862	826	4 038	840	4 178	712
pomoc psychologa	1 957	766	2 015	748	2 082	684
zajęcia w ośrodku wsparcia	450	203	562	192	529	153
pobyt w mieszkaniu chronionym	32	32	34	33	33	32
zajęcia w Klubie Samopomocy	45	10	51	10	52	17
usługi opiekuńcze	19	1	19	1	21	1
uczestnictwo w WTZ	224	61	225	59	217	56
zatrudnienie w ZAZ	120	62	113	61	52	33

Źródło: Opracowanie ROPS w Lublinie na podstawie danych NGO.

3.4. Formy aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi

Prawa osoby niepełnosprawnej zostały określone w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997.

Sytuacja zawodowa osób niepełnosprawnych to duży problem polskiego rynku pracy. Osoby niepełnosprawne stanowią w Polsce ponad 11, 8% społeczeństwa, jednak tylko co piąty niepełnosprawny znajduje zatrudnienie.

Poszukiwanie pracy przez osoby niepełnosprawne nie jest rzeczą łatwą. Mimo istotnych barier infrastrukturalnych, braku przystosowanych miejsc do pracy, nadal podstawowym problemem, który trzeba rozwiązać by więcej niepełnosprawnych podejmowało aktywność zawodową jest zmiana nastawienia pracodawców do takich pracowników.

Niepełnosprawny pracownik postrzegany jest, jako mniej efektywny i mniej wydajny, a także posiadający niższe kompetencje zawodowe. Tylko nieliczni pracodawcy zdają sobie sprawę, że niepełnosprawni pracownicy są niezwykle sumiennymi i zmotywowanymi do pracy osobami, często także przewyższają umiejętnościami innych pracowników. Dodatkowo bardziej doceniają pracę, którą udało im się zdobyć i starają się wykonywać ją jak najlepiej.

W naszym społeczeństwie niestety wciąż istnieje stereotyp osoby niepełnosprawnej, jako niepełnosprawnej w każdej dziedzinie życia łącznie z aktywnością zawodową. Ponieważ pracodawcy rzadko, kiedy patrzą przychylnie na niepełnosprawnych kandydatów, często zdarza się, że osoby takie składając aplikacje do pracy starają się ukrywać swoją ułomność.

Tymczasem praca zawodowa dla osoby niepełnosprawnej jest nie tylko warunkiem utrzymania finansowej niezależności, ale przede wszystkim szansą na pełnoprawne funkcjonowanie w społeczeństwie. Dużym ułatwieniem dla pracodawcy są korzyści finansowe płynące z zatrudniania osób niepełnosprawnych.

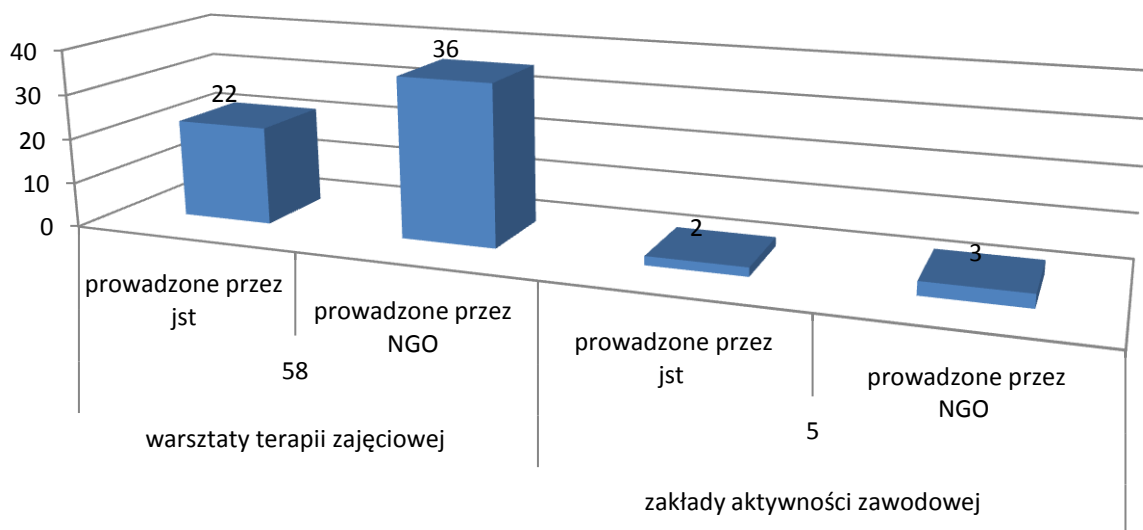
Aktywizacja zawodowa jest jednym z elementów złożonego procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Populacja osób niepełnosprawnych jest mniej aktywna zawodowo oraz gorzej wykształcona w porównaniu z osobami zdrowymi. Rehabilitacja zawodowa ma ogromne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania psychicznego, społecznego oraz integracji ze środowiskiem lokalnym. Praca zgodna z kwalifikacjami daje osobom niepełnosprawnym możliwość uczestniczenia w życiu społeczno - gospodarczym oraz jest gwarantem poczucia własnej wartości i samorealizacji, samodzielności materialnej, partnerskiego udziału osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Z kolei dla państwa wyższy wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych to mniejsze wydatki na zabezpieczenie socjalne tej grupy.

Zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i chorujących psychicznie prowadzone są działania aktywizujące mające na celu rehabilitację zawodową i społeczną.

Do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zalicza się uczestnictwo tych osób w warsztatach terapii zajęciowej oraz zakładach aktywności zawodowej. Na terenie województwa funkcjonuje 58 warsztatów terapii zajęciowej (dla osób z upośledzeniem umysłowym i chorujących psychicznie), z czego 22 jest prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, zaś 36 przez organizacje pozarządowe w których zatrudnionych było 1933 osoby niepełnosprawne oraz 5 zakładów aktywności zawodowej, w tym 3 prowadzone są przez organizacje pozarządowe, a 2 przez jednostki samorządu terytorialnego w których było zatrudnionych 173 osoby co stanowiło 72% ogółu wszystkich zatrudnionych. Mimo, że do każdego wtz i zaz mogą być przyjmowane osoby z upośledzeniem umysłowym i chorujące psychicznie, warto zauważyć dysproporcję na niekorzyść osób chorujących psychicznie, szczególnie

w odniesieniu do wtz. Na 58 warsztatów działających na terenie województwa lubelskiego tylko 2 - w m. Lublin i m. Puławy przeznaczone są dla osób chorych psychicznie.

Formy aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych oraz podmioty prowadzące w 2009 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ROPS.

W ramach realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego działania 7.1. Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji, Poddziałania 7.1.2. Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie prowadzone są działania mające na celu:

- integrację zawodową i społeczną,
- podniesienie aktywności zawodowej i społecznej,
- polepszenie warunków i jakości życia,
- poprawę sytuacji społecznej,
- polepszenie warunków i jakości życia,
- poprawę sytuacji społecznej i zwiększenie kompetencji społecznych,
- zapewnienie równego dostępu do zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi.

W latach 2008 i 2009 odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi i chorującymi psychicznie korzystających ze wsparcia w ramach projektu utrzymywał się na podobnym poziomie (od 8% do 11%). Natomiast w roku 2010 w odniesieniu do poprzednich lat odsetek uczestników projektu systemowego w ogólnej liczbie osób z zaburzeniami psychicznymi i chorujących psychicznie wzrósł dwukrotnie.

Liczba uczestników projektu systemowego PO KL w latach 2008-2010

Uczestnicy projektów systemowych	2008		2009		2010	
	Osoby z zaburzeniami psychicznym	Chorujący psychicznie	Osoby z zaburzeniami psychicznymi	Chorujący psychicznie	Osoby z zaburzeniami psychicznymi	Chorujący psychicznie
Liczba osób	224	69	164	64	451	127
%	11	10	8	10	22	19

Źródło: Opracowanie ROPS na podstawie danych PCPR.

Oferty służb zatrudnienia adresowane do bezrobotnych osób niepełnosprawnych w województwie lubelskim w 2009 roku obejmowały zróżnicowane formy wsparcia. Z proponowanych ofert skorzystało 273 osoby, które uczestniczyły w różnorodnych kursach. Efektywność kursów wyniosła 15, 8% (43 osoby podjęły pracę). Ponadto działania podejmowane przez powiatowe urzędy obejmowały również:

- pośrednictwo pracy,
- poradnictwo zawodowe,
- staże zawodowe,
- szkolenia zawodowe,
- przygotowanie zawodowe w miejscu pracy,
- zajęcia w Klubach Pracy,
- udzielanie dotacji na rozpoczęcie działalności gospodarczej,
- skierowanie do prac interwencyjnych i społecznie użytecznych.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ROPS w Lublinie.

Istotnym źródłem finansowania działań i usług rehabilitacyjnych są środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Samorząd Województwa realizuje w partnerstwie z PFRON zadania na rzecz osób niepełnosprawnych przy wykorzystaniu tych środków. Realizacja programów Funduszu wspomaga i uzupełnia działalność uczestników systemu rehabilitacji.

Zdecydowanie największa część klientów Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie z zaburzeniami psychicznymi i chorujących psychicznie korzysta ze wsparcia w ramach środków PFRON, pomimo faktu, iż w latach 2008-2010 odsetek w/w osób przejawia stałą tendencję spadkową. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem zmalał o 12 punktów procentowych, zaś chorujących psychicznie o 18 pkt. proc.

Liczba osób korzystający ze wsparcia PFRON w latach 2008-2010

Pomoc w ramach środków PEFRON	2008		2009		2010	
	Osoby z zaburzeniami psychicznym	Chorujący psychicznie	Osoby z zaburzeniami psychicznymi	Chorujący psychicznie	Osoby z zaburzeniami psychicznymi	Chorujący psychicznie
Liczba osób	1 547	379	1 260	303	1 308	274
%	77	59	68	47	65	41

Źródło: Opracowanie ROPS w Lublinie na podstawie danych PCPR.

4. Założenia regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego

Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego zakłada osiągnięcie 3 celów głównych, którymi są:

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

Ad.1

Promocji zdrowia we współczesnych systemach ochrony zdrowia przypisuje się coraz większe znaczenie. Jest to podstawowy aspekt pielęgniarstwa i innych profesji związanych z opieką zdrowotną oraz jedno z najważniejszych zadań ochrony zdrowia.

Promocja zdrowia to proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę. Celem tego procesu jest wyposażenie jednostek i grup w taki poziom wiedzy i umiejętności oraz w takie możliwości działania, aby mogły nie tylko reagować właściwie w sytuacjach zagrożenia zdrowia, ale także, na co dzień realizować normy wynikające z przyjęcia prozdrowotnego stylu życia.

Ważnym elementem promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna, która ma prowadzić do zapoznania się z celami działań na rzecz zdrowia pozytywnego oraz zapobiegania chorobom poprzez wpływ na zachowania osobnicze, postawy i wykazanie korzyści płynących z zachowania zdrowia. Polega nie tylko na przekazywaniu wiedzy, lecz także na uczestniczeniu we współdziałaniu, dwukierunkowym porozumiewaniu się oraz na podkreśleniu znaczenia czynników społecznych, ekonomicznych, fizycznych i politycznych, których podstawą jest dokonywanie wolnego wyboru. Edukacja zdrowotna ma dostarczyć informacji i wiedzy na temat zdrowia, wzmacniać działania na rzecz zdrowia, przekonywać oraz zapewniać wpływ na tworzenie zdrowotnej polityki społecznej.

Kolejnym elementem promocji zdrowia jest profilaktyka, która oznacza odpowiednie działanie, które ma na celu zapobieganie pojawieniu się i/ lub rozwojowi danego zjawiska w konkretnej społeczności; profilaktyka może również polegać na promowaniu alternatywnych zjawisk w stosunku do tych, które usiłuje wyrugować.

Zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny mają zasadnicze znaczenie, dla jakości życia, umożliwiając ludziom doświadczać życia, jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi obywatelami. Zdrowie psychiczne jest istotnym składnikiem społecznej spójności, produktywności, spokoju publicznego i stabilizacji środowiska ludzkiego i wnosi swój wkład w społeczny i gospodarczy rozwój społeczeństw. Zdrowie psychiczne i style życia prowadzące do dobrostanu mają decydujące znaczenie dla osiągnięcia tego celu. Promocja zdrowia psychicznego polepsza jakość życia i dobrostan psychiczny całej populacji, w tym również osób z problemami zdrowia psychicznego i ich opiekunów.²

Zaburzenia psychiczne są uznane za przejaw choroby psychicznej. Jest to utrata umiejętności efektywnego reagowania przez organizm człowieka na bodźce generowane

² Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy Instytut Psychiatrii i Neurologii warszawa 2005.

przez środowisko zewnętrzne jak i wewnętrzne. To z kolei wpływa na utratę równowagi.

Ludzie cierpiący z powodu chorób psychicznych mogą mieć trudności z myśleniem, odczuwaniem lub zachowaniem. Sytuacja ta może w znaczny sposób wpłynąć na relacje międzyludzkie, pracę oraz ogólną jakość ich życia. Choroba psychiczna jest problemem nie tylko dla osoby, której dotyczy, ale także dla jej rodziny i znajomych. Wciąż trwa niewielka świadomość zdrowotna, aż 50% polskiego społeczeństwa nie ma żadnej wiedzy o chorobach psychicznych. Tylko 4% Polaków korzysta z terapii, podczas gdy w Europie ten odsetek wynosi 11%. Z powodu silnej stygmatyzacji tego rodzaju schorzeń większość z osób dotkniętych problemami psychicznymi nie szuka pomocy specjalistycznej. Do zaburzeń psychicznych zaliczamy m.in. psychozy (np. schizofrenia), zaburzenia afektywne (np. depresja), psychiczne zaburzenia organiczne (np. padaczka), zaburzenia osobowości (np. psychopatia), uzależnienia (np. narkomania, alkoholizm), zaburzenia nerwicowe (np. fobie), choroby psychosomatyczne (np. alergia), zaburzenia odżywiania (np. bulimia, anoreksja), zaburzenia preferencji seksualnych (np. fetyszym), dysfunkcje seksualne (np. przedwczesny wytrysk), zaburzenia rozwoju psychicznego (np. ADHD).

Ad.2

Chodzi o zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi takiej pomocy i opieki, takich form wspierania i oparcia, aby mogły one być we własnym środowisku społecznym, w sposób zapewniający jak najwyższą jakość życia oraz respektowanie osobowej godności i praw obywatelskich. Idea ta jest podstawowym postulatem tzw. psychiatrii środowiskowej, która w krajach zachodnich w znacznym stopniu wyparła poprzedni, tradycyjny model opieki, w którym centralne miejsce zajmowała hospitalizacja psychiatryczna. Realizacja psychiatrycznej opieki środowiskowej powinna być zadaniem lokalnych społeczności, oraz działaniem organów samorządowych. W modelu tym główny ciężar opieki spoczywa na formach leczenia umiejscowionych poza szpitalem (poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia domowego, kluby-domy, hostele, mieszkania chronione itp.), a rola hospitalizacji jest ograniczona do niezbędnego minimum. W nowym modelu znacznie poszerzono cele opieki nad pacjentem – nie ograniczają się one niemal wyłącznie do poprawy stanu klinicznego, ale obejmują przede wszystkim wczesne zapobieganie społecznym dysfunkcjom i izolacji, które choroba może wywołać. Stąd nacisk m. in. na takie elementy jak: leczenie w naturalnym dla chorego środowisku społecznym, rozeznanie i zaspokojenie jego podstawowych potrzeb oraz wyrabianie niezbędnych umiejętności społecznych, włączenie rodzin w terapię, zapewnienie oparcia i przyjaznych postaw społecznych przeciwdziałających napiętnowaniu, nierówności traktowania i wykluczeniu społecznemu.

Ponadto w województwie lubelskim obserwuje się również nierównomierne rozmieszczenie świadczeniodawców mogących zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronną opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Ad.3

Kolejny cel programu koncentruje się na obszarze badań i informacji naukowej. Z jednej strony są one niezbędne dla właściwego monitorowania programu, z drugiej zaś uzupełnić mogą lukę wiedzy na temat uwarunkowań i czynników ryzyka wielu zaburzeń psychicznych.

W ramach celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego określono zadania do realizacji dla wielu podmiotów tworząc system wzajemnej współpracy, zależności,

podziału obowiązków oraz obszarów działania, poczynając od działań organów administracji rządowej szczebla krajowego kończąc na powiatach i gminach. Zadania postawione przed organami administracji mają ograniczyć występowanie zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawić jakość życia tych osób oraz ich bliskich a także zapewnić lepszą dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej.

4.1. Priorytety w zakresie zdrowia psychicznego w województwie lubelskim

I. Priorytety w zakresie organizacji udzielania świadczeń

Najistotniejszym działaniem Programu jest **unowocześnienie leczenia psychiatrycznego**, opierającego się na założeniach modelu środowiskowego i polegającego na:

1. **Zwiększeniu udziału pozaszpitalnych form opieki zdrowotnej w terapii i rehabilitacji psychiatrycznej** (utrzymanie i tworzenie nowych oddziałów dziennej opieki psychiatrycznej oraz innych form wsparcia i opieki środowiskowej).
2. **Utrzymaniu dotychczasowej dostępności leczenia szpitalnego w psychiatrycznej służbie zdrowia.**
3. **Dążeniu do prawidłowego rozmieszczenia łóżek poprzez tworzenie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych** (oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych pozwolą na wyrównanie dostępności terytorialnej opieki stacjonarnej oraz zmniejszają stygmatyzację osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych).

II. Priorytety w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego

Uwzględniając cele Programu i aktualną sytuację psychiatrycznej opieki zdrowotnej na terenie województwa lubelskiego, jako **działania priorytetowe uznaje się:**

- **profilaktykę (pierwszorzędową)** – dotyczącą zapobiegania chorobom psychicznym poprzez kontrolowanie czynników ryzyka oraz utrwalania prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia,
- **profilaktykę (drugorzędową)** – dotyczącą zapobiegania konsekwencjom choroby psychicznej poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie,
- **profilaktykę (trzeciorzędową)** – dotyczącą zahamowania postępu choroby psychicznej oraz ograniczenie występowania powikłań,

w szczególności w zakresie:

1. **zaburzeń depresyjnych** – obserwowany wzrost osób leczonych wskazuje na potrzebę podjęcia działań upowszechniających wiedzę na temat zdrowia psychicznego, kształtowania zachowań i stylu życia korzystnego dla zdrowia psychicznego, rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, zapobiegania zaburzeniom, zwiększania integracji społecznej. Istotne także jest kształtowanie właściwej polityki lekowej i procedury ich refundacji;
2. **przewlekłych, nawracających chorób typu schizofrenicznego i afektywne** - wzrost liczby osób leczących się z powodu przewlekłych, nawracających chorób psychotycznych i urojeniowych wskazuje na potrzebę rozwoju środowiskowych form wsparcia oraz upowszechniania psychoedukacji chorego i jego rodziny. Szczególnie istotna jest profilaktyka drugorzędowa ze względu na znaczenie wpływu pierwszego epizodu psychozy na dalsze funkcjonowanie chorych;
3. **samobójstw** – konieczność podjęcia działań prewencyjnych wskazuje na potrzebę opracowania i następnie wdrożenia programu psychoedukacji społecznej z elementami oddziaływań terapeutycznych;

4. **zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w tym alkoholu** – obserwowany stały wzrost liczby zgonów spowodowanych schorzeniami bezpośrednio związanymi ze spożywaniem substancji psychoaktywnych tym alkoholu, wymaga ciągłego prowadzenia edukacji zdrowotnej z zakresu uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz tworzenia oddziałów zaburzeń abstynencyjnych, a także zwiększenia liczby łóżek w oddziałach odwykowych;
5. **zaburzeń psychicznych wieku podeszłego** – do tego typu zaburzeń psychicznych, będących najczęściej skutkiem chorób somatycznych, należą zespoły depresyjne i zaburzenia świadomości. Do odrębnej grupy zaburzeń, których czynnikiem ryzyka jest wiek, należą zespoły otępienia. Wskazane jest zwiększanie liczby łóżek psychogeriatrycznych oraz upowszechnianie środowiskowych form wsparcia;
6. **zaburzeń odżywiania** – do tego typu zaburzeń należy anoreksja i bulimia – zaburzenia odżywiania polegające na celowej utracie wagi wywołanej i podtrzymywanej przez osobę chorą. Największy wpływ na rozwój anoreksji ma psychika pacjenta, dlatego ważne jest utrzymywanie zdrowie psychicznego już od najmłodszych lat. Wskazane jest wdrażanie w tym zakresie programów edukacyjnych dla dzieci, ich rodziców i opiekunów;
7. **zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego** – wzrost liczby problemów rozwojowych, emocjonalnych, z zachowaniem oraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego wskazuje na konieczność zwiększenia oddziaływań promujących zdrowie psychiczne w szkołach. Niezbędne jest również zidentyfikowanie dzieci i młodzieży zagrożonej wystąpieniem zaburzeń psychicznych i zachowania poprzez wykonanie odpowiednich testów i badań przesiewowych.

Ponadto, wskazane jest:

1. *Opracowanie programów obejmujących profilaktykę i promocję zdrowia psychicznego uwzględniających potrzeby mieszkańców województwa lubelskiego.*
2. *Uwzględnienie priorytetów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w polityce zdrowotnej i społecznej, w strategii rozwoju województwa oraz innych samorządów terytorialnych.*
3. *Wdrożenie programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego w szkołach, uczelniach oraz miejscach pracy.*

4.2. Programy promocji zdrowia i informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

Opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia i informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi jest elementem realizacji:

Celu ogólnego:

Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Celu szczegółowego:

- 1. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia koniecznych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu;***
- 2. Zwiększanie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi***

Podmiot koordynujący realizację programów:

- 1) Kuratorium Oświaty w Lublinie,***
- 2) Samorząd Województwa Lubelskiego.***

W celu realizacji zadania proponuje się wdrożenie niżej przedstawionych programów oraz innych wynikających z rozpoznanych potrzeb mieszkańców województwa lubelskiego ukierunkowanych na osiągnięcie wyżej wymienionych celów szczegółowych. Projekty wpisujące się w znaczenie programów zdrowotnych wymagają opiniowania Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM).

Niżej przedstawiane ramowe projekty programów opracowano z uwzględnieniem priorytetów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego na podstawie opr. pt. „Zadania samorządów: doświadczenia i rozwiązania” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2011.

I. Projekt programu zapobiegania samobójstwom

Okres realizacji programu: 2012 – 2016

Problemy i cele:

Problem główny:

Wzrost liczby samobójstw

Problemy szczegółowe:

- Brak przeszkolonych pracowników w zakresie pomocy osobom w kryzysie suicydalnym:
 - brak całodobowych działających telefonów zaufania,
 - wzrost liczby zaburzeń depresyjnych, alkoholowych.
- Brak informatora w Internecie o wszelkich placówkach pomocy osobom w kryzysie suicydalnym:
 - brak portali pomocowych,
 - mała dostępność liczby i rozmieszczenia ośrodków interwencyjno – kryzysowych,
 - bezrobocie.

Cele szczegółowe:

1. Wprowadzenie systemu kształcenia podyplomowego wszystkich lekarzy w zakresie rozpoznania i leczenia zaburzeń afektywnych, diagnozowania zagrożeń suicydalnych i udzielania pomocy osobom w kryzysach suicydalnych i współpracy między różnymi placówkami specjalistycznymi i pomocowymi.
2. Przeszkolenie wszystkich pedagogów szkolnych oraz pedagogów i psychiatrów z Poradni Psychologiczno- Pedagogicznych w zakresie rozpoznania osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi i pomocy osobom w kryzysie suicydalnym.
3. Uruchomienie informatora w Internecie o telefonach zaufania, portalach pomocowych, o ośrodkach interwencji kryzysowej, poradniach zdrowia psychicznego, ośrodkach ostrych zatruc, poradniach psychologiczno-pedagogicznych i innych placówkach pomocy w całym kraju.
4. Wprowadzenie całodobowo działających telefonów zaufania i pomocowych portali internetowych.
5. Zwiększanie dostępności do ośrodków interwencji kryzysowych przez zwiększanie ich liczby. *Zalecane jeden ośrodek interwencji kryzysowej na każdy powiat.*

Oczekiwane efekty:

- zmniejszanie do 2020 roku co najmniej 10 % współczynnika samobójstw dokonanych w województwie lubelskim, w tym przede wszystkim na wsi.

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Podstawowym miernikiem efektywności programu będą zmniejszające się czynniki samobójstw w kolejnych latach realizacji zadań programu od 2013 roku, a głównie w latach 2015-2020.

W ramach mierników efektywności realizacji celów szczegółowych będą nimi:

1. Liczba przeszkolonych lekarzy, psychologów, pedagogów oraz innych pracowników służb ratunkowych i pomocowych.
2. Liczba wejść do internetowego informatora.
3. Liczba rozmów, porad i interwencji w uruchomionych telefonach zaufania dla osób w kryzysie suicydalnym, które zapobiegły dokonaniu zamachu samobójczego we współpracy z innymi służbami, np. pogotowiem ratunkowym, policją, strażą pożarną itp.
4. Liczba wejść i udzielonych porad i interwencji w uruchomionych portalach pomocowych dla osób w kryzysie suicydalnym.
5. Liczba porad i różnych form pomocy dla osób w kryzysie suicydalnym w ośrodkach interwencji kryzysowych.

Program ma na celu zmniejszanie ryzyka popełniania samobójstwa. Wyraźnie wskazuje na potrzebę i konieczność opracowania i realizacji specjalnego programu zapobiegania samobójstwom. Niepokojąca jest narastająca liczba zamachów samobójczych, zwłaszcza wśród dzieci i osób młodych, osób w podeszłym wieku, mężczyzn zwłaszcza w grupie osób bezrobotnych, popełnianych pod wpływem alkoholu, w grupie osób w stanie depresji różnego pochodzenia, a przede wszystkim w układzie terytorialnym w rejonach wiejskich. Z uwagi na to istnieje konieczność opracowania i realizacji programu ukierunkowanego na wczesne wykrywanie zaburzeń depresyjnych.

II. Projekt programu współczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju w dzieci w wieku przedszkolnym

Okres realizacji programu: 2012-2016

Czynniki genetyczne:

Większość przypadków zaburzeń psychicznych u dzieci spowodowana jest oddziaływaniem wielu genów w interakcji ze środowiskiem – dziedziczenie poligeniczne, a siła oddziaływania pojedynczych wariantów genetycznych jest niewielka. Zwraca się uwagę, że wiek matki może być związany z większym ryzykiem wystąpienia wad chromosomalnych, podczas gdy wiek ojca, który jest związany z nagromadzeniem mutacji w komórkach rozrodczych męskich, może być czynnikiem ryzyka innych zaburzeń o złożonym modelu dziedziczenia. Zaburzenia neurobehawioralne spowodowane działaniem pojedynczych mutacji genetycznych, lub nieprawidłowości chromosomalnych określa się mianem fenotypów behawioralnych. Podstawowy podział obejmuje cztery rodzaje szkodliwych oddziaływań genetycznych:

- mutacje;
- zaburzenie chromosomalne;
- zmiany liczebności chromosomu;
- dziedziczenie poligeniczne.

Czynniki środowiskowe:

Znanych jest wiele czynników działających w okresie pre-, prenatalnym wczesnodziecięcym mogących zakłócać rozwój OUN. Niektóre z nich stanowią tylko markę podejrzanego procesu patologicznego, np. niski wiek ciążowy przy porodzie stanowi wypadkową różnorodnych czynników wewnątrzmacicznych i związanych z płodem.

Wyróżnia się kilka rodzajów szkodliwych czynników środowiskowych:

- ekspozycja na czynniki teratogenne, substancje psychoaktywne, zagrożenia w okresie ciąży;
- wiek ciążowy przy porodzie;
- waga urodzeniowa.

Powikłania okołoporodowe

- przedwczesne pęknięcie błon płodowych;
- zagrożenie wewnątrzmaciczne;
- łożysko przodujące;
- ułożenie pośladkowe płodu;
- odklejenie łożyska.

Czynniki działające po urodzeniu:

- zagrożenia OUN;
- deprywacja.

Cele programu:

Cel główny – Ograniczenia następstw wczesnodziecięcych zaburzeń neurobehawioralnych (ZN)

Cele szczegółowe:

1. Wcześniejsza identyfikacja ZN poprzez:
 - wprowadzenie systematycznej diagnostyki przesiewowej u dzieci w wieku 2 lat,

- poprawę świadomości zdrowotnej lekarzy POZ, pielęgniarek pediatrycznych oraz innych pracowników opieki zdrowotnej celem wykrywania ZN w okolicznościach innych niż związane z rutynowymi ocenami stanu zdrowia.
- 2. Wdrożenie wczesnej interwencji z ZN.
- 3. Stworzenie ośrodków całościowej opieki nad dziećmi z ZN.
- 4. Zastosowanie metod o potwierdzonej skuteczności dla:
 - leczenia i rehabilitacji dzieci,
 - poprawy umiejętności rodzicielskich i radzenia sobie ze stresem dla rodziców.

Oczekiwane efekty

Poprawa wykrywalności ZN w populacji dzieci w wieku przedszkolnym i wdrożenia programów wczesnej interwencji, mających na celu zmniejszenie następstw zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych tych zaburzeń.

Oczekiwane efekty	Działania	Miernik skuteczności bezpośredniej
Poprawa wykrywalności ZN w badaniach rutynowych 2- latków	wprowadzenie systematycznej diagnostyki przesiewowej w dzieci w wieku 2 lat przy użyciu szkolenia z zastosowaniem narzędzi przesiewowych	Liczba dzieci z rozpoznaniem ZN
Poprawa wykrywalności ZN w POZ	poprawa umiejętności diagnostycznych pracowników opieki zdrowotnej w celu wykrywania ZN w sytuacjach innych niż rutynowa ocena stanu zdrowia dzieci	Liczba dzieci z rozpoznaniem ZN
Objęcie kompleksową opieką większości osób z wykrytymi ZN	Stworzenie ośrodków całościowej opieki nad osobami z ZN	Liczba osób leczonych z powodu ZN/liczby osób z rozpoznaniem ZN
Poprawa funkcjonowania dzieci z ZN	kompleksowe leczenie, rehabilitacja dzieci	Poprawa w zakresie testów psychometrycznych/nasilenia objawów u dzieci
Poprawa funkcjonowania rodzin dzieci z ZN	Kompleksowe oddziaływania wobec rodzin	Poprawa w zakresie funkcjonowania/jakości życia rodzin

Ograniczenia programu:

Do najważniejszych ograniczeń programu należy trudność w zapewnieniu powszechnego udziału dzieci 2-letnich w programie rutynowego monitorowania ich stanu zdrowia. Bilans 2 latka nie jest obecnie badaniem obowiązkowym i nie jest jasne jak wiele dzieci uczestniczy w tego rodzaju ocenie. Kolejnym problemem wydają się być ograniczenia czasowe wizyt pediatrycznych, szczególnie w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, co może uniemożliwić przeprowadzenie choćby najprostszego i zajmującego około 5-10 minut badania przesiewowego. Utworzenie ośrodków kompleksowej oceny i terapii dzieci z ZN może być utrudnione szczególnie w niektórych powiatach, ze względu na brak odpowiedniej liczby specjalistów, m.in. psychiatrów i neurologów dziecięcych, psychologów klinicznych

zajmujących się dziećmi oraz logopedów. Ograniczenie to może odnosić się do głównie mniejszych miejscowości i terenów wiejskich. Najważniejszą trudnością w przypadku rozpoznania problemu i rozpoczęcia leczenia jest kwestia utrzymywania się pacjentów w terapii. Udział w terapii dzieci jest całkowicie zależny od zaangażowania i chęci współdziałania rodziny, dlatego tak wielkie znaczenie przywiązuje się do przekonania rodziców do celowości takiego postępowania. Podobnie jak w przypadku innych oddziaływań terapeutycznych istnieje ryzyko braku współpracy rodziców, co może znacząco zmniejszyć skuteczność interwencji.

III. Projekt programu zapobiegania depresji

Okres realizacji programu: 2012-2016

Podstawowy problem i jego przyczyny:

- niska efektywność leczenia,
- późna identyfikacja,
- brak umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- brak wsparcia,
- stała ekspozycja na stres.

Cele programu:

Spośród problemów przyczynowo związanych z częstym występowaniem depresji, program koncentruje się na kwestiach niskiej efektywności leczenia, późnej identyfikacji depresji w niektórych grupach ryzyka oraz braku umiejętności radzenia sobie ze stresem wśród gimnazjalistów. Poza mandatem programu pozostają problemy, na które wpływ jest ograniczony takie jak uwarunkowania biologiczne, narażenie na wydarzenie traumatyczne i brak wsparcia ze strony środowiska społecznego.

Cel główny:

Zmniejszanie częstotliwości występowania lub nawracania depresji w danych populacjach

Cele szczegółowe:

1. Wcześniejsza identyfikacja depresji,
2. Zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów,
3. Zwiększenie efektywności leczenia.

Oczekiwane efekty:

Oczekiwane efekty	Miernik skuteczności	Działania
Poprawa umiejętności radzenia sobie ze stresem w grupie dzieci	Mniejsza zapadalność na zaburzenia depresyjne, zmniejszanie ryzyka samobójstw	Terapia poznawczo-behawioralna jako „szczepionka” przeciwdepresyjna
Poprawa rozpoznawania depresji poporodowej	Zwiększanie liczby osób leczonych z powodu depresji poporodowej w warunkach ambulatoryjnych,	Szkolenie personelu szpitali położniczych, wykorzystanie narzędzia do badań przesiewowych

	zmniejszanie liczby osób leczonych z tego powodu w warunkach szpitalnych, zmniejszenie wskaźnika samobójstw	
Poprawa rozpoznania zaburzeń depresyjnych u osób w wieku emerytalnym	Zwiększenie liczby osób w wieku emerytalnym leczonych z powodu depresji w warunkach ambulatoryjnych, zmniejszenie liczby osób leczonych z tego powodu w warunkach szpitalnych, zmniejszenie wskaźnika samobójstw	Szkolenie lekarzy rodzinnych, wykorzystanie odpowiedniego narzędzia do badań przesiewowych
Poprawa stosowania się do zaleceń w grupie osób, które przeżyły epizod depresji	Zmniejszenie częstości nawrotów choroby, wydłużenie okresów remisji między epizodami, poprawa jakości życia, zmniejszenie wskaźnika samobójstw	Psychoedukacja

Moduł A

Program dla dzieci z klas 5 i 6 szkoły podstawowej

Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Broszury informacyjne dla dzieci i rodziców, programy komputerowe opracowane z uwzględnieniem zasad terapii poznawczo- behawioralnej.

Etapy działań organizacyjnych

Etap I Zapoznanie rodziców dzieci z broszurą prezentującą zasady i cele „szczepionki” komputerowej, uzyskanie zgody na udział dzieci w programie.
Etap II Przedstawienie programu dzieciom, zachęcanie do udziału.
Etap III Zajęcia z wykorzystaniem programu CBT.
Etap IV Podsumowanie programu, rozdanie dzieciom broszurek przypominających podstawowe punkty przerabianego programu.
Etap V Zajęcia przypominające po upływie 6-12 miesięcy.

Działania organizacyjne – opracowanie broszury i programu komputerowego. Przeprowadzenie zajęć dla nauczycieli, którzy mają raczej nadzorować niż prowadzić szkolenie. Ocena skuteczności programu.

b. Planowane interwencje

Podstawową interwencją planowaną w ramach tego programu jest rodzaj terapii poznawczo – behawioralnej nastawionej na poprawę umiejętności radzenia sobie ze stresem, prowadzonej przy pomocy specjalnego programu komputerowego lub przez wykwalifikowanych terapeutów.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w programie proszeni są wszyscy uczniowie klas piątych szkół podstawowych w danym rejonie. Udział w programie wezmą wszystkie dzieci, których rodzice wyrażą na to zgodę.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

W klasie piątej 10 godzin lekcyjnych terapii poznawczo-behawioralnej prowadzonej przy pomocy programu komputerowego w ramach godzin wychowawczych. W klasie szóstej jedna godzina lekcyjna zajęć przypominających. Udział w zajęciach jest dla uczestników bezpłatny – zajęcia mają być elementem programu szkoleniowego.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

Celem prowadzenia działań jest istotne zmniejszanie częstotliwości zachorowań na depresję. Depresja jest leczona w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Także leczenie licznych powikłań depresji jest finansowane z tych środków.

f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.

Terapia kończy się po zakończeniu 10 sesji. Kontynuacją jest sesja przypominająca planowana w ciągu pół roku do roku od sesji wstępnej.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji.

Planowana interwencja terapeutyczna jest w pełni bezpieczna, nie pociąga za sobą żadnego ryzyka dla uczestników programu.

h. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu

Do realizacji programu konieczne jest opracowanie programu terapii poznawczo-behawioralnej przystosowanego do wieku uczestników i warunków przekazywania-samoobsługa przy użyciu komputera z minimalną ilością dodatkowych wskazówek. Potrzebna jest także broszura dla rodziców zawierająca wyjaśnienia dotycząca przebiegu i celu terapii oraz dodatkowa broszura dla dzieci. W wersji w której terapię prowadzą terapeuci potrzebne będzie zatrudnienie wykwalifikowanych terapeutów poznawczych posiadających certyfikat uprawniający do prowadzenia terapii CBT.

i. Dowody skuteczności planowanych działań

Clarke i wsp. ocenili skuteczność programu psychoedukacyjnego podobnego do tego, jaki jest proponowany w tym programie, w którym prowadzącymi zajęcia byli przedszkolni nauczyciele. Autorzy nie stwierdzili skuteczności programu w zapobieganiu depresji. Podobne badanie z udziałem grupy nastolatków przeprowadzili Spence i wsp., w tym przypadku także zajęcia prowadzili nauczyciele, a program okazał się nieskuteczny. Kilka grup autorów stwierdził jednak zgodnie, że programy tego typu są skuteczne, a nawet bardzo skuteczne, jeśli są prowadzone przez wykwalifikowanych terapeutów. Problem polega na tym, iż dostępność takich programów jest wówczas niewielka, a ich koszty są znaczne ze względu na konieczność udziału wyspecjalizowanych profesjonalistów. W tej sytuacji racjonalnym wyjściem z sytuacji mogłoby być zastosowanie specjalnie opracowanego programu komputerowego. Wyniki badań wskazują, że prawidłowo przeprowadzona interwencja tego typu może zmniejszyć częstość występowania zaburzeń depresyjnych przynajmniej o 50 % . Ma to oczywisty i wyraźny wpływ na zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem depresji i jej następstwami. Wyniki przeprowadzonych badań nie pozwalają na ocenę długoterminowej skuteczności tego typu działań. Zdecydowanie lepsze wyniki można uzyskać jeśli zajęcia są prowadzone przez wyszkolonych terapeutów poznawczo-behawioralnych, prowadzenie zajęć przez nauczycieli nie jest skuteczne. Ze względu na większe koszty programu, w którym musieliby uczestniczyć terapeuci można zastosować specjalnie przygotowany program komputerowy.

Moduł B

Program dla kobiet w ciąży i w okresie poporodowym

Organizacja programu:

Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

Program przeznaczony dla wszystkich kobiet w ciąży korzystających ze szkoły rodzenia.

Etap I Przeprowadzenie w ramach szkoły rodzenia zajęć dotyczących objawów depresji poporodowej, objawów zwiastunowych, możliwości radzenia sobie z podkreśleniem roli rodziny. Temat jest obecnie poruszany w szkołach rodzenia, ale z tego co udało się ustalić nie ma osobnych zajęć, nie ma też osobnego spotkania z psychologiem lub psychiatrą.
Etap II Rozdanie broszury dotyczącej depresji poporodowej.
Etap III Przeprowadzenie w okresie od 3 do 10 dnia po porodzie przesiewowego badania kwestionariuszowego w celu identyfikacji objawów.
Etap IV Konsultacja psychologiczna/psychiatryczna w zależności od potrzeby.

a. Planowane interwencje

Edukacja kobiet ciężarnych i ich opiekunów broszury edukacyjne, zajęcia z psychologiem lub psychiatrą w ramach szkoły rodzenia.

Edukacja lekarzy położników i pielęgniarek położnych w kwestii wczesnego rozpoznawania zagrożenia wystąpieniem depresji poporodowej.

b. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w programie zapraszane są kobiety i ich rodziny uczestniczący w zajęciach szkoły rodzenia oraz personel izb porodowych szpitali znajdujących się na tym terenie. Udział w programie wezmą wszystkie osoby, które wyrażą na to zgodę.

c. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Pierwszą częścią programu jest dołączenie zajęć dotyczących depresji poporodowej do zajęć prowadzonych w ramach szkoły rodzenia. Planowana jest 1 godzina zajęć prowadzonych przez psychiatrę. Przed zajęciami osoby które mają w nich uczestniczyć otrzymają odpowiednią broszurę informacyjną, aby mogły przygotować pytania do prowadzącego zajęcia. Druga część to szkolenie dla personelu izb porodowych, zapoznanie z objawami i przebiegiem depresji poporodowej. Trzecia część to udzielanie konsultacji psychiatrycznych osobom kierowanych przez lekarzy położników.

d. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Pierwsza część programu jest rozwinięciem świadczeń związanych ze szkołą rodzenia. Część druga jest rozwinięciem świadczeń związanych z opieką w publicznej placówce służby zdrowia. Część trzecia wymaga rozwinięcia osobnej struktury.

e. Sposób zakończenia udziału w programie

Udział w programie kończy się dla osób zdrowych w momencie wypisania z oddziału położniczego lub po odbyciu wizyty domowej przez położną, w przypadku kobiet szybko wypisywanych ze szpitala. Osoby ze zidentyfikowanymi objawami depresji kontynuują leczenie specjalistyczne.

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Planowane interwencje o charakterze psychoedukacyjnym i konsultacyjnym są w pełni bezpieczne i nie pociągają ze sobą żadnego ryzyka.

g. Kompetencje niezbędne dla realizowania programu

Do realizacji programu konieczne jest opracowanie broszury zawierającej informacje na temat ryzyka, objawów i sposobów postępowania w depresji poporodowej. Broszura powinna podkreślać korzystne aspekty związane ze wsparciem, którego mogą udzielać osób z otoczenia, a także zwracać uwagę na korzyści płynące z ewentualnej konsultacji psychologicznej.

h. Dowody skuteczności planowanych działań

Wyniki licznych badań wskazują na dużą skuteczność leczenia depresji poporodowej. Problem polega więc nie na leczeniu, którego skuteczność nigdy nie była kwestionowana, ale na rozpoznawaniu.

Tak więc dowody skuteczności planowanych działań wynikają z czystej indukcji. Jeśli przyczyna kosztów związanych z występowaniem depresji poporodowej jest jej nierozpoznawanie, to poprawa rozpoznania powinna bezpośrednio prowadzić do istotnego obniżenia tych kosztów. Podstawowym elementem jest tu zastosowanie dobrego narzędzia przesiewowego. Towarzyszące działania edukacyjne mają dwojaki cel:

- zwiększają motywację osób objętych programem do wzięcia w nim udziału,
- zmniejszają lęk przed stygmatyzacją, ułatwiają zrozumienie tego, do czego zmierza ocena.

Moduł C

Program dla osób w wieku emerytalnym (przechodzących na emeryturę)- wariant I

Organizacja programu

- a. Części składowe** programu wynikają bezpośrednio z analizy specyficznych dla populacji osób w wieku emerytalnym problemów.

Częste występowanie depresji u osób w podeszłym wieku:

- Ograniczenie aktywności życiowej (w tym ruchowej);
- Zmiana stylu życia z wieloma utratami;
- Nieodpowiednie odżywianie związane z ryzykiem awitaminoz.

Problem	Cel	Efekt	Działanie
Ograniczenie aktywności życiowej	Poprawa aktywności	Mniejsza częstość występowania depresji	Psychoedukacja, organizacja zajęć ruchowych
Zmiana stylu życia związana z utratami	Promowanie innych form działania	Mniejsza częstość występowania depresji	Psychoedukacja. Udział w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku, w zajęciach klubowych, itp.
Nieodpowiednie odżywianie z ryzykiem awitaminoz	Poprawa odżywiania	Rzadsze występowanie awitaminoz	Dołączenie badania poziomu witamin do zestawu badań podstawowych. Porady dotyczące żywienia
Zbyt rzadkie rozpoznanie depresji przez lekarzy rodzinnych	Poprawa diagnostyki na poziomie lekarza rodzinnego	Poprawa rozpoznania depresji	Szkolenia dla lekarzy rodzinnych. Stosowanie narzędzi przesiewowych

Program jest przeznaczony dla wszystkich osób w wieku emerytalnym. Części składowe programu to broszura informacyjna dla pacjentów dotycząca objawów zaburzeń depresyjnych, czynników sprzyjających ich występowaniu oraz możliwości ich uniknięcia, z podkreśleniem znaczenia aktywności fizycznej i właściwego odżywiania się. Genetyczna Skala Oceny Depresji wersja skrócona- rozpowszechniona wśród lekarzy ogólnych. Szkolenie dla lekarzy ogólnych obejmujące rozpoznawanie, leczenie i zasady kierowania do specjalistów osób w wieku emerytalnym z objawami depresji.

Etapy programu

Etap I Szkolenie dla lekarzy ogólnych z zakresu:
- znaczenie zdrowotne zaburzeń depresyjnych u osób w wieku emerytalnym: niekorzystny wpływ na występowanie i przebieg licznych chorób somatycznych, występowanie trudnych do zidentyfikowania objawów pseudo somatycznych, zalecenia wielu niepotrzebnych badań, obniżenie jakości życia;
- możliwości rzetelnego rozpoznawania zaburzeń depresyjnych przy użyciu prostego i dobrze sprawdzonego narzędzia jakim jest Genetyczna Skala Oceny Depresji (wersja skrócona);
-zasady leczenia zaburzeń depresyjnych u osób w wieku emerytalnym: kiedy leki, jakie leki, jakie ryzyko interakcji, kiedy na psychoterapie;
-konkretne zalecenia prozdrowotne aktywność fizyczna, poprawa odżywiania, znaczenie kontrolowania poziomu witaminy B 12 i kwasu foliowego;
Czas szkolenia – 4 – 6 godzin;
Etap II Rozpowszechnianie broszury dla pacjentów i Geriatrycznej Skali Oceny Depresji wśród lekarzy ogólnych;

Etap III Włączenia zastosowania GSOD jako rutynowej procedury w przypadku osób w wieku emerytalnym, kwestionariusz może być wydany w recepcji w poradni w wypełniany przez pacjenta w czasie oczekiwania na wizytę;

Etap IV Identyfikowanie przypadków zaburzeń depresyjnych przez lekarzy ogólnych, podejmowanie decyzji dotyczącej leczenia ogólnego lub kierowanie do leczenia specjalistycznego.

Działania organizacyjne:

Opracowanie programu szkolenia dla lekarzy ogólnych, przeprowadzanie cyklu szkoleń, opracowanie broszury informacyjnej dla pacjentów, rozpowszechnienie broszury, wydrukowanie i rozpowszechnienie Geriatrycznej Skali Oceny Depresji w wersji skróconej.

b. Planowane interwencje

Edukacja lekarzy ogólnych – szkolenie;
Edukacja pacjentów- broszura informacyjna;
Powszechne badania przesiewowe – GSOD;
Konsultacje psychologiczno-psychiatryczne.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w programie zapraszani są wszyscy lekarze ogólni praktykujący na danym terenie oraz ich pacjenci w wieku emerytalnym.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Pierwszą częścią programu jest przeprowadzanie szeroko zakrojonych szkoleń dla lekarzy ogólnych. Stanowią one podstawowe ogniwo interwencji, ponieważ mają największy kontakt z grupą osób narażonych na zwiększone ryzyko występowania zaburzeń depresyjnych. Podczas zajęć lekarze ogólni zostaną zapoznani z broszurą przeznaczoną dla pacjentów i zachęci do jej kolportowania. Przeszkoleni lekarze ogólni mają włączyć do swojej codziennej praktyki przesiewowe badanie pozwalające na wykrycie objawów depresji. Prowadzący szkolenie muszą przekonać lekarzy ogólnych, że prowadzenie takich badań przesiewowych wiąże się z istotną korzyścią dla samych lekarzy przy minimalnych kosztach – skale oceny nie muszą być wypełniane podczas wizyty. Po stwierdzeniu objawów depresji lekarze ogólni muszą podjąć decyzję o dalszym leczeniu w ramach swojej praktyki lub skierowaniu do psychologa, psychiatry.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Przesiewowe badanie osób w wieku emerytalnym będzie odbywać się w ramach standardowych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

f. Sposób zakończenia udziału w programie

Program ma z założenia charakter ciągły, przesiewowe badanie po kątem występowania zaburzeń depresyjnych powinno stanowić stały element praktyki lekarskiej, tak jak mierzenie ciśnienia. Można szacunkowo wskazać wiek, w którym ryzyko wystąpienia zaburzeń

depresyjnych wzrasta, ale nie można przewidzieć w którym dokładnie momencie zaburzenia depresyjne faktycznie wystąpią.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Planowane interwencje o charakterze psychoedukacji i badań przesiewowych są całkowicie bezpieczne.

h. Kompetencje/ warunki niezbędne dla zrealizowania programu

Do realizacji programu konieczne jest przeprowadzenie szkolenia i opracowanie broszury. Przeprowadzenie badania przesiewowego przy pomocy proponowanej skali samooceny mieści się w kompetencjach lekarza rodzinnego. Konieczne może być wypracowanie metody współpracy między lekarzami ogólnymi i konsultantami psychiatrami, do których mieliby być kierowani pacjenci.

i. Dowody skuteczności planowanych działań

Nie przeprowadzono dotąd metody oceny skuteczności zapobiegania depresji u osób w podeszłym wieku. Są natomiast liczne dowody wskazujące na korzystne działanie ćwiczeń fizycznych, zmian stylu życia, poprawy sposobu odżywiania. Podobnie jak to omówiono w przypadku Modułu B problemem wydaje się raczej nierozpoznawanie zaburzeń depresyjnych – jeśli zostaną w porę zauważone, to z pewnością można podjąć skuteczne kroki, aby im przeciwdziałać. Jeśli jednak nie zostaną zauważone, to trudno oceniać skuteczność działań, które nie zostaną wówczas podjęte. Przeprowadzenie na szeroką skalę badań przesiewowych, nadzorowanych przez świadomych wagi zagadnienia lekarzy powinno stanowić rozwiązanie problemu.

Program dla osób, którzy przeżyli epizod depresji – wariant II

Organizacja programu:

Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Program jest przeznaczony dla wszystkich osób, które przeżyły epizod depresji, zarówno pierwszy jak i kolejne. Program składa się z cyklu 10 zajęć psychoedukacyjnych.

Częste nawroty depresji z powodu niestosowania się do zaleceń:

- zaniechanie leczenia z powodu występowania działań niepożądanych,
- zaniechanie leczenia z powodu braku przekonania o takiej potrzebie,
- zaniechani leczenia z powodu odebrania go jako stygmatyzującego.

Oczywiście występowanie nawrotów ma również przyczynę biologiczną, nierozzerwalnie związaną z etiopatogenezą chorób afektywnych, jednak w tym zakresie nie można obecnie podjąć skuteczniejszych środków zapobiegawczych poza stosowaniem leczenia podtrzymującego.

Problem	Cel	Efekt	Działanie
Zaniechanie leczenia z powodu występowania	Poprawa stosowania się do zaleceń	Zmniejszanie częstości przerywania kuracji	Wyjaśnienie mechanizmu działań niepożądanych,

działań niepożądanych			zachęcanie do ich zgłaszania, przekonanie o uleczalności problemu
Zaniechanie leczenia z powodu braku przekonania i takiej potrzebie	Poprawa stosowania się do zaleceń	Zmniejszanie częstości przerywania kuracji	Wyjaśnienie istoty choroby przewlekłej, znaczenia leczenia podtrzymującego ryzyko nawrotu
Zaniechanie leczenia z powodu odbierania go jako stygmatyzującego	Poprawa stosowania się do zaleceń	Zmniejszanie częstości przerywania kuracji z tego powodu	destygmatyzacja

Etapy programu

Etap I osoby wypisywane z oddziałów psychiatrycznych lub leczone w warunkach ambulatoryjnych po uzyskaniu remisji objawów depresyjnych są kierowane do udziału w programie psychoedukacyjnym prowadzonym w warunkach ambulatoryjnych.
Etap II udział w programie psychoedukacyjnym składającym się z 10 godzinnych sesji.
Etap III rozdanie uczestnikom broszury zawierającej streszczenie programu psychoedukacyjnego i zachęcanie do jej uważnego przeczytania i zachowania do wykorzystania w późniejszym okresie.

Działania organizacyjne: zorganizowanie ciągłego programu psychoedukacji, opracowanie programu psychoedukacji, opracowanie broszury zawierającej streszczenie programu.

a. Planowane interwencje

Planowana interwencja polega na przeprowadzeniu cyklu zajęć psychoedukacyjnych uzupełnionych broszurą utrwalającą wiedzę, umiejętności zdobyte w ramach psychoedukacji.

b. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w zajęciach powinni być kierowani wszyscy pacjenci u których rozpoznano depresję niezależnie od tego czy byli oni z tego powodu leczeni w warunkach szpitalnych czy ambulatoryjnych w ramach przejścia do podtrzymującego etapu leczenia – gdy lekarz uzna, że zakończyła się ostra faza leczenia.

c. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wszyscy pacjenci są kierowani do udziału w programie psychoedukacyjnym, który ma charakter ciągły – składa się z cyklu 10 zajęć, ale udział można rozpocząć od dowolnych zajęć, a potem przejść cały ich cykl. Zajęcia odbywają się w trybie ambulatoryjnym. Warunkiem udziału jest skierowanie od lekarza prowadzącego. Na zakończenie zajęć pacjent otrzymuje broszurę informacyjną.

d. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Bazą do prowadzenia programu jest PZP lub Poradnia Przyszpitalna.

e. Sposób zakończenia udziału w programie

Udział w programie jest zakończonym, jeśli pacjent uczestniczył we wszystkich 10 sesjach psychoedukacyjnych.

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Psychoedukacja jest interwencją w pełni bezpieczną, a udział w niej nie wiąże się z żadnym ryzykiem.

g. Kompetencje/ warunki niezbędne dla zrealizowania programu

Zajęcia muszą być prowadzone przez wykwalifikowanych psychoterapeutów, dobrze znających także zagadnienia biologicznych przyczyn i metod leczenia zaburzeń depresyjnych.

h. Dowody skuteczności planowanych działań

Wyniki badania wskazują, że psychoedukacja nastawiona na przedstawienie zaburzeń depresyjnych jako problemu „biologicznego” istotnie zwiększa gotowość uczestników do dalszego udziału w leczeniu. Wyniki metaanalizy obejmującej 125 badań, wskazują, iż psychoedukacja jest skuteczna w zapobieganiu fazom hipomaniakalnym i maniakalnym, ale także, choć w mniejszym stopniu, w zapobieganiu depresji. Wyniki innej metaanalizy, wskazują na skuteczność psychoedukacji w leczeniu objawów depresyjnych. Wyniki systematycznego przeglądu oceniającego zarówno skuteczność jak i opłacalność podejmowanych interwencji wskazują, że stosowanie grupowej psychoedukacji jako metody uzupełniającej farmakoterapię jest skuteczną i opłacaną metodą zapobiegania nawrotom choroby.

IV. Projekt programu szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychiatrycznych dla pielęgniarek środowiskowych

Okres realizacji programu: 2012-2016

Cele programu:

Cel główny:

Wzrost udziału pielęgniarek środowiskowych w działaniach na rzecz promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych

Cele szczegółowe:

Szczegółowe cele dotyczą zagadnień, które można zmienić w ramach takiego oddziaływania, jakim jest 30 godzinne szkolenie:

- Wzrost wiedzy na temat podstaw promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych,

- Poprawa umiejętności w zakresie wspierania pacjentów lub podopiecznych w stanach i sytuacjach kryzysowych,
- Poprawa umiejętności w zakresie rozpoznawania zaburzeń i chorób psychicznych,
- Poprawa wiedzy i umiejętności dotyczących przeciwdziałania stygmatyzacji osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi.

Oczekiwane efekty:

Większy udział pielęgniarek środowiskowych w działaniach na rzecz promocji i ochrony zdrowia psychicznego ich pacjentów lub podopiecznych. Na ten oczekiwany efekt składałyby się działania zmierzające do zmiany postaw pielęgniarek wobec promocji zdrowia psychicznego, poszerzenia ich wiedzy i poprawy ich umiejętności w zakresie promocji i profilaktyki.

Lp.	Cele szczegółowe	Efekty szkolenia pielęgniarek środowiskowych
1.	Wzrost wiedzy na temat podstaw promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych	– wiedza na temat podstaw promocji zdrowia psychicznego i miejsca promocji zdrowia psychicznego w całym procesie ochrony zdrowia psychicznego i somatycznego, – umiejętności określenia zdrowia psychicznego w kategoriach pozytywnych i wskazania czynników środowiskowych sprzyjających zdrowiu psychicznemu, – zwracanie uwagi na współwystępowanie zaburzeń psychicznych w przebiegu niektórych chorób somatycznych.
2.	Poprawa umiejętności w zakresie wspierania pacjentów lub podopiecznych w stanach i sytuacjach kryzysowych	– znajomość zasad nawiązywania kontaktu i dobrego porozumiewania się z pacjentami i ich rodzinami oraz zasady prowadzenia wywiadu środowiskowego z pacjentem lub jego rodziną – znajomość zasad porozumiewania się z osobami przeżywającymi kryzys
3.	Poprawa umiejętności w zakresie rozpoznawania zaburzeń i chorób psychicznych	– znajomość zasad prowadzenia i metody badań przesiewowych i interwencji w przypadkach problemów emocjonalnych, zaburzeń psychicznych i szkodliwego używania substancji psychoaktywnych
4.	Poprawa wiedzy i umiejętności dotyczących przeciwdziałania stygmatyzacji osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi	– zrozumienie problemów wynikające ze stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi i poznanie zasad przeciwdziałania stygmatyzacji

Organizacja programu:

Program składa się z 30-godzinnego szkolenia podstawowego i czterech modułów uzupełniających. Moduły uzupełniające są propozycją do realizacji w zależności od składu grupy szkoleniowej (np. położne środowiskowe lub pielęgniarki pracujące w środowisku szkolnym) i możliwości kadrowych prowadzenia szkoleń w zakresie poszczególnych tematów.

Moduły:

- I. Podstawy promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń – 4 godz.
- II. Promocja zdrowia psychicznego w praktyce pielęgniarki środowiskowej – 10 godz.
- III. Profilaktyka zaburzeń psychicznych w praktyce pielęgniarki środowiskowej – 16 godz.
- IV. Współpraca z lekarzem i instytucjami pomocniczymi – 2 godz.
- V. Inne uzupełniające zgodnie z potrzebami.

Dowody skuteczności planowanych działań:

Światowa Federacja na Rzecz Zdrowia psychicznego sugeruje, że szkolenie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej może być skutecznym narzędziem wczesnego rozpoznawania zaburzeń i chorób psychicznych wśród pacjentów. Korzyści z takiego rozwiązania polegają m.in. na wczesnym rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych, ograniczeniu kosztów leczenia chorób psychicznych, większym komforcie pacjentów i zmniejszeniu stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.

V. Projekt programu szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych dla lekarzy pierwszego kontaktu

Okres realizacji programu: 2012-2015

Opis problemu

Problemem, na który odpowiada niniejszy program szkolenia, jest niewystarczający udział lekarzy pierwszego kontaktu w działaniach na rzecz promocji i ochrony zdrowia psychicznego pacjentów POZ. Ten stan rzeczy nie sprzyja tworzeniu warunków dla podejmowania problematyki zdrowia psychicznego pacjentów leczących się u lekarzy pierwszego kontaktu, bardzo często opóźnia rozpoznawanie problemów i zaburzeń psychicznych. W konsekwencji może to pośrednio przyczyniać się do wzrostu zachorowalności na choroby i zaburzenia psychiczne, do cięższego ich przebiegu, a w konsekwencji większych kosztów leczenia.

Cele programu:

Cel główny:

Wzrost udziału lekarzy pierwszego kontaktu w działaniach na rzecz promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych.

Cele szczegółowe:

- Przekaz niezbędnej wiedzy na temat podstaw promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych;
- Poprawa umiejętności lekarza pierwszego kontaktu w zakresie wspierania pozytywnego zdrowia psychicznego pacjentów;
- Poprawa umiejętności lekarza pierwszego kontaktu w zakresie profilaktyki zaburzeń i chorób psychicznych;
- Poprawa wiedzy i umiejętności dotyczących przeciwdziałania stygmatyzacji osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi.

Oczekiwane efekty:

Większy udział lekarzy pierwszego kontaktu w działaniach na rzecz promocji i ochrony zdrowia psychicznego ich pacjentów. Na ten oczekiwany efekt składałyby się działania zmierzające do zmiany postaw lekarzy pierwszego kontaktu wobec promocji zdrowia psychicznego, poszerzenia ich wiedzy i poprawy ich umiejętności w zakresie promocji i profilaktyki.

Lp.	Oczekiwane efekty	Mierniki
1.	Posiadają wiedzę na temat podstaw promocji zdrowia psychicznego i miejsca promocji zdrowia psychicznego w całym procesie ochrony zdrowia psychicznego i somatycznego;	Wzrost wiedzy na temat podstaw i działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki;
2.	Potrafią określić zdrowie psychiczne w kategoriach pozytywnych i wskazać czynniki środowiskowe sprzyjające zdrowiu psychicznemu;	Wzrost wiedzy na temat kryteriów pozytywnego zdrowia psychicznego;
3.	Zwracają uwagę na współwystępowanie zaburzeń psychicznych w przebiegu niektórych chorób somatycznych;	Częstsze zadawanie pytań o kwestie związane ze zdrowiem psychicznym w rutynowym wywiadzie lekarskim, częstsze rozpoznawanie problemów zdrowotnych związanych z piciem szkodliwym i nadużywaniem innych substancji psychoaktywnych, częstsze rozpoznawanie zaburzeń psychicznych;
4.	Znają zasady nawiązywania kontaktu i dobrego porozumiewania się z pacjentami i ich rodzinami oraz przekazywania im informacji na temat stanu zdrowia pacjenta;	Wzrost wiedzy na temat zasad skutecznego porozumiewania się z pacjentami;
5.	Znają zasady prowadzenia i metody badań przesiewowych i interwencji w przypadkach problemów emocjonalnych, zaburzeń psychicznych i szkodliwego używania substancji psychoaktywnych;	Częstsze stosowanie narzędzi przesiewowych dotyczących problemów psychicznych i behawioralnych;
6.	Potrafią rozpoznawać zespoły ołepienne u osób w	Częstsze stosowanie narzędzi

	wieku podeszłym i znają zasady postępowania w takich przypadkach;	przesiewowych dotyczących problemów otępiennych, częstsze rozpoznawanie zespołów otępiennych;
7.	Rozumieją problemy wynikające ze stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi i znają zasady przeciwdziałania stygmatyzacji.	Lepsze radzenie sobie w kontaktach z pacjentami zgłaszającymi problemy zdrowia psychicznego.

Okres realizacji programu:

Ze względu na brak wystarczających konsultacji ze środowiskiem lekarskim oraz brak pilotażu tego programu, proponujemy, aby w 2013 roku zostały przeprowadzone 2-3 cykle szkoleniowe, które zostaną poddane ewaluacji formatywnej nastawionej na identyfikację problemów i lepsze dostosowanie programu do potrzeb i możliwości uczestników.

Organizacja programu:

Program składa się z 30-godzinnego szkolenia podstawowego i trzech modułów uzupełniających. Moduły uzupełniające są propozycją do realizacji w zależności od lokalnych potrzeb środowiska lekarskiego i możliwości kadrowych prowadzenia szkoleń w zakresie poszczególnych tematów szczegółowych.

Moduły:

- I. Podstawy promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń- 4 godz.
- II. Promocja zdrowia psychicznego w praktyce lekarza pierwszego kontaktu – 6 godz.
- III. Profilaktyka zaburzeń psychicznych w praktyce lekarza pierwszego kontaktu- 18 godz.
- IV. Współpraca z opieką specjalistyczną – 2 godz.
- V. Inne uzupełniające zgodnie z potrzebami.

Dowody skuteczności planowanych działań:

Światowa Federacja na Rzecz Zdrowia psychicznego sugeruje, że szkolenie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej może być skutecznym narzędziem wczesnego rozpoznawania zaburzeń i chorób psychicznych. Korzyści z takiego rozwiązania polegają m.in. na wczesnym rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych, ograniczeniu kosztów leczenia chorób psychicznych, większym komforcie pacjentów i zmniejszeniu stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.

4.3. Prowadzenie działań informujących o dostępnej pomocy dla osób w stanach kryzysu psychicznego dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych

Kryzys psychiczny jest rozumiany jako przejściowy stan nierównowagi wewnętrznej, wywołany przez krytyczne wydarzenia życiowe, wymagający istotnych zmian i rozstrzygnięć. Krytyczne wydarzenia życiowe wyodrębniają się z biegu wydarzeń, są emocjonalnie znaczące, wymuszają zmianę w dotychczasowym funkcjonowaniu osoby w rodzinie, życiu społecznym, w stosunku do świata i własnej osoby. Szczególnym obciążeniem dla równowagi psychicznej jest duża liczba wydarzeń krytycznych, ich zagęszczenie w czasie oraz związane z nimi negatywne przeżycia.

Kryzys psychiczny może dotyczyć kilku obszarów, wyróżnia się m.in.:

Kryzysy rozwojowe - wydarzenia zachodzące w toku rozwoju, powodujące gwałtowną zmianę lub życiowy zwrot. Takim kryzysem może być reakcja na urodzenie dziecka, ukończenie studiów, zmianę kierunku kariery zawodowej, czy przejście na emeryturę. Jest to normalne zjawisko adaptacyjne.

Kryzysy sytuacyjne - pojawiają się w sytuacjach rzadkich i nadzwyczajnych, których człowiek nie może kontrolować i przewidywać. Są reakcją np. na zgwałcenie, udział w wypadkach komunikacyjnych, porwaniach, utratę pracy, informację o ciężkiej chorobie własnej lub członka rodziny, śmierć bliskiej osoby.

Kryzysy egzystencjalne - wewnętrzne konflikty i lęki, związane z celowością życia, wolnością, niezależnością. Są typowe dla bilansów życiowych u nastolatków oraz w 40, 50 i 60 roku życia.

Kryzysy środowiskowe - dotyczą katastrof naturalnych, bądź spowodowanych przez człowieka. Takie kryzysy zdarzają się w obliczu powodzi, huraganów, trzęsień ziemi, epidemii, wojny, emigracji, zapaści gospodarczej.

Obecnie pomoc instytucjonalna w stanach kryzysu psychicznego może być prowadzona przez:

- Działy interwencji kryzysowej Miejskich i Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, które udzielają pomocy w sytuacjach kryzysowych, zapewniają poradnictwo specjalistyczne, organizują grupy wsparcia i zapewniają doraźne schronienie.
- Psychologów z Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, którzy angażowani są do doraźnej pomocy psychologicznej ofiarom katastrof, klęsk żywiołowych, itp., a więc zarówno bezpośrednim uczestnikom, jak i osobom, na które zdarzenie kryzysowe miało znaczący wpływ.

Interwencja kryzysowa - stanowi zespół interdyscyplinarnych działań, podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb poradnictwa socjalnego i prawnego.

W ramach Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego działania w zakresie organizacji poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego na terenie województwa lubelskiego rozkładają się na zadania przypisane samorządowi województwa i samorządom powiatów i gmin jako element realizacji:

Celu głównego:

Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Celu szczegółowego:

Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Podmiot koordynujący realizację programów:

1) Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie

Zadaniem Samorządu Województwa jest:

prowadzenie działań informujących o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych.

Zadaniem Samorządów Powiatów i Gmin jest:

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

Obszary działań Samorządu Województwa Lubelskiego:

1) Publikacja przewodnika o dostępnych formach udzielania pomocy ofiarom katastrof i klęsk żywiołowych.

2) Przygotowanie informatora o instytucjach działających na rzecz rozwiązywania problemów uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie w województwie lubelskim.

Planowane działania na lata 2012 – 2016

Cel główny i szczegółowy będzie osiągnięty poprzez realizację następujących celów operacyjnych:

Cel 1. Edukacja społeczna i promocja działań na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Zadania:

1. Upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych na temat przemocy w rodzinie.
2. Udział w kampaniach edukacyjnych.
3. Rozwój form spędzania czasu wolnego sprzyjającego wzmacnianiu więzi rodzinnych.
4. Realizacja programów profilaktycznych, uwrażliwiających na problem przemocy.

Cel 2. Zapewnienie profesjonalnej pomocy interwencyjno-terapeutycznej osobom i rodzinom doświadczającym przemocy.

Zadania:

1. Tworzenie i wspieranie istniejących punktów konsultacyjno-informacyjnych.
2. Wspieranie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy i ośrodków interwencji kryzysowej.
3. Wspieranie miejsc hostelowych i mieszkań chronionych.

Cel 3. Wzmocnienie rozwoju systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Zadania:

1. Budowanie lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy w rodzinie poprzez wsparcie tworzenia i rozwijanie zespołów interdyscyplinarnych.
2. Realizacja programów ochrony ofiar przemocy, w tym profesjonalnego, wieloaspektowego poradnictwa.
3. Wspieranie profesjonalnych programów terapeutycznych dla dzieci, będącymi ofiarami przemocy.
4. Tworzenie i rozwijanie nowatorskich form wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie.
5. Wsparcie programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie realizowanych, w środowisku otwartym i w zakładach karnych.

Cel 4. Organizacja szkoleń dla osób realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie.

Zadania:

1. Realizacja szkoleń podnoszących kwalifikacje i doskonalenie zawodowe kadr pomocy społecznej.
2. Szkolenia przedstawicieli instytucji oraz grup zawodowych i społecznych zaangażowanych w działania profilaktyczne i naprawcze (pracownicy socjalni, policjanci, pracownicy ochrony zdrowia, kuratorzy sądowi, pracownicy wymiaru sprawiedliwości, członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych).
3. Opracowywanie i upowszechnianie materiałów instruktażowych, zaleceń i procedur postępowania interwencyjnego wobec przemocy w rodzinie.
4. Organizacja konferencji i seminariów poświęconych zjawisku przemocy w rodzinie w celu rozwoju wiedzy i wymiany doświadczeń.

Cel 5. Międzyresortowa współpraca na rzecz przeciwdziałania zjawisku przemocy w rodzinie.

Zadania:

1. Udział w interdyscyplinarnych szkoleniach, konferencjach, seminariach.
2. Inicjowanie współpracy zagranicznej celem wymiany doświadczeń i dobrych praktyk w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej.
4. Uaktywnienie organizacji pozarządowych na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie i niwelowania negatywnych konsekwencji przemocy.
5. Promocja wolontariatu na rzecz pomocy ofiarom przemocy.

Cel 6. Monitorowanie zjawiska przemocy na poziomie wojewódzkim.

Zadania:

1. Przygotowywanie ekspertyz dotyczących problemu przemocy w rodzinie.
2. Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie.
3. Upowszechnianie wyników badań.
4. Tworzenie i aktualizowanie baz informacyjnych dotyczących placówek pomocowych.

Powyższe działania będą realizowane w ramach Programu w każdym roku budżetowym.

4.4. Wojewódzki program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy oraz oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Opracowanie i realizacja wojewódzkiego programu poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest zadaniem wynikającym z NPOZP.

Cel główny:

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:

Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Podmiot koordynujący realizację programów:

1) Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie

Zadania:

1. Poszerzanie, różnicowanie i unowocześnianie pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej.
2. Wspieranie finansowe samopomocowych projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
3. Współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego.

Pomoc i oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi reguluje ustawa o pomocy społecznej i ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Oparcie społeczne polega na:

- podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,
- organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
- udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Zadania w tym zakresie są i będą realizowane poprzez:

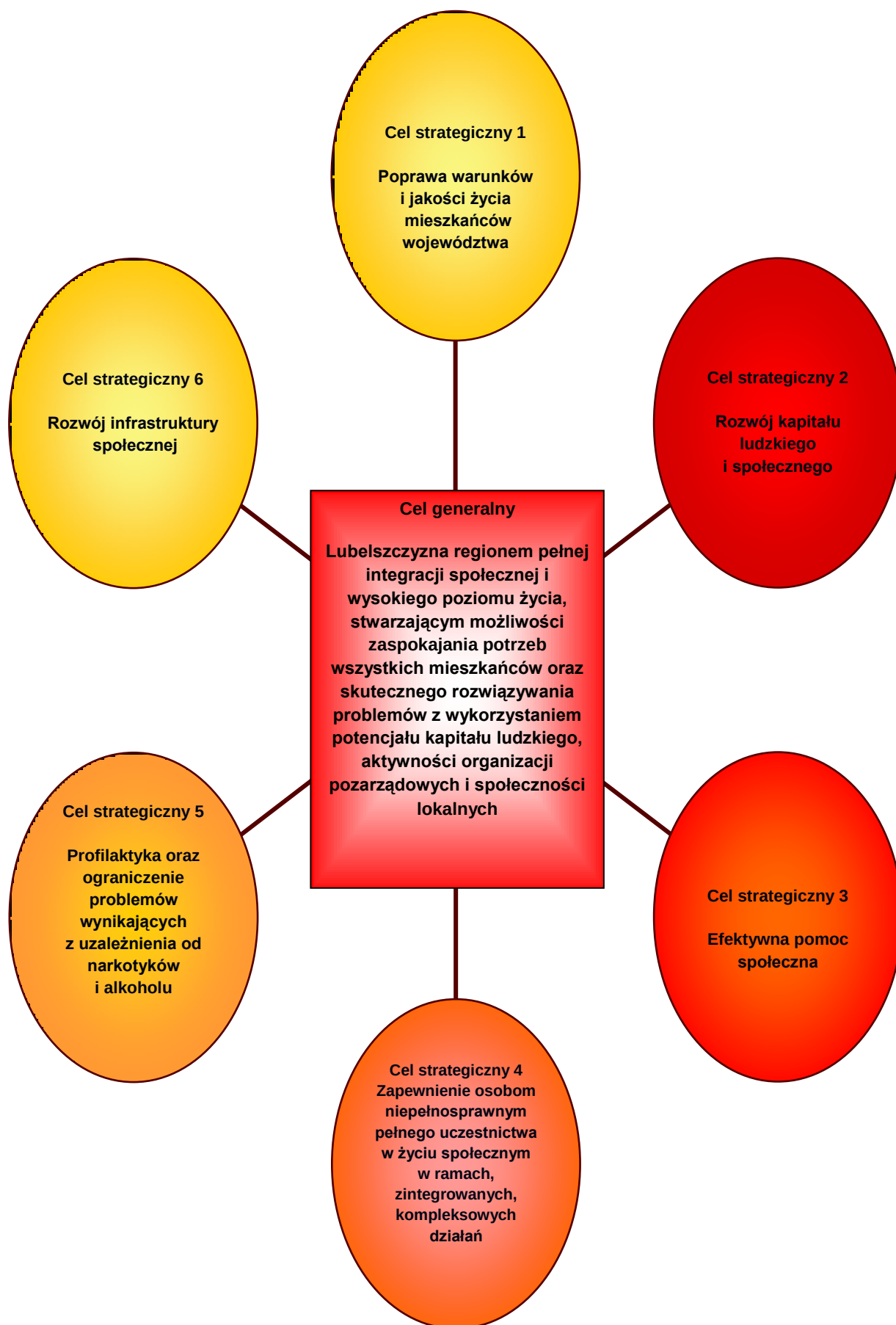
- 1) Strategię Województwa Lubelskiego w zakresie polityki społecznej.
- 2) Dofinansowanie programów i projektów organizacji pozarządowych.
- 3) Programy wspierające osoby z zaburzeniami psychicznymi realizowane w województwie lubelskim.
- 3) Szkolenia dla pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej i podmiotów leczniczych.

I. Strategia Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego

Misją Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego jest wspieranie osiągania postępu i rozwoju społecznego oraz wzrostu jakości i warunków życia mieszkańców regionu. W wyniku wdrażania strategii osiągnięty zostać powinien wysoki poziom integracji społecznej. Elementem deklarowanej misji strategii polityki społecznej jest zapobieganie i rozwiązywanie występujących obecnie i potencjalnych problemów społecznych. Przesłanką tworzenia i realizacji strategii jest usunięcie barier blokujących zaspokajanie różnego rodzaju potrzeb wielu grup społecznych. Strategia zakłada kształtowanie warunków życia ludności oraz stosunków międzyludzkich, zwłaszcza w środowisku zamieszkania i pracy.

Podstawą Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego są działania oparte na zasadach dialogu, wzajemności i równorzędności, których celem jest dążenie do społeczeństwa opartego na demokratycznym współuczestnictwie, rządach prawa, w którym obowiązują i są realizowane podstawowe prawa człowieka i obywatela oraz skutecznie wspomaga się jednostki i grupy w realizacji ich celów życiowych.

Strategia wspiera szeroko rozumianą politykę społeczną, której celem jest społeczeństwo zintegrowane i jednocześnie wolne od problemów wykluczenia społecznego i ubóstwa, a zwłaszcza bezrobocia.



II. Dofinansowanie programów i projektów organizacji pozarządowych

Zarząd Województwa Lubelskiego co roku ogłasza otwarte konkursy ofert na wspieranie zadań z zakresu pomocy społecznej oraz na wspieranie zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Udziela dotacji z budżetu województwa podmiotom wyłanianym w otwartych konkursach ofert na wsparcie realizacji zadań z zakresu pomocy i integracji społecznej.

Wspierane zadania:

1. Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek.
2. Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych - aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby.
3. Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów i warsztatów dla członków rodzin osób niepełnosprawnych, opiekunów, kadry i wolontariuszy bezpośrednio zaangażowanych w proces rehabilitacji zawodowej lub społecznej osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących procesu integracji osób niepełnosprawnych w najbliższym środowisku i społeczności lokalnej, zwiększania ich aktywności życiowej i zaradności osobistej oraz niezależności ekonomicznej, podnoszenia umiejętności pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym sprawowania nad nimi opieki i udzielania pomocy w procesie ich rehabilitacji.
4. Prowadzenie poradnictwa psychologicznego, społeczno-prawnego oraz udzielanie informacji na temat przysługujących uprawnień, dostępnych usług, sprzętu rehabilitacyjnego i pomocy technicznej dla osób niepełnosprawnych.
5. Prowadzenie grupowych i indywidualnych zajęć, które:
 - a) mają na celu nabywanie, rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania osób niepełnosprawnych;
 - b) rozwijają umiejętności sprawnego komunikowania się z otoczeniem osób z uszkodzeniami słuchu, mowy, z autyzmem i z niepełnosprawnością intelektualną;
 - c) usprawniają i wspierają funkcjonowanie osób z autyzmem i z niepełnosprawnością intelektualną w różnych rolach społecznych i w różnych środowiskach.
6. Organizowanie i prowadzenie zintegrowanych działań na rzecz włączania osób niepełnosprawnych w rynek pracy, w szczególności przez:
 - d) doradztwo zawodowe;
 - e) przygotowanie i wdrożenie indywidualnego planu drogi życiowej i zawodowej;
 - f) prowadzenie specjalistycznego poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy, mających na celu przygotowanie do aktywnego poszukiwania pracy i utrzymania w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.
7. Organizowanie lokalnych, regionalnych i ogólnopolskich imprez kulturalnych, sportowych, turystycznych i rekreacyjnych dla osób niepełnosprawnych wspierających ich aktywność w tych dziedzinach.
8. Promowanie aktywności osób niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia społecznego i zawodowego.
9. Prowadzenie kampanii informacyjnych na rzecz integracji osób niepełnosprawnych i przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.
10. Opracowywanie lub wydawanie publikacji, wydawnictw ciągłych oraz wydawnictw zwartych, stanowiących zamkniętą całość, w tym na nośnikach elektromagnetycznych i elektronicznych.

III. Programy wspierające osoby z zaburzeniami psychicznymi realizowane w województwie lubelskim

I. Program poprawy warunków i jakości życia mieszkańców Lubelszczyzny **Cele programu:**

- 1.1. Wspieranie profilaktyki i promocji zdrowia.
- 1.2. Optymalizacja istniejącego potencjału kadr opieki medycznej i dostępu do usług zdrowotnych.
- 1.3. Utworzenie sprawnego systemu informacji zdrowotnej.
- 1.4. Zwiększenie dostępności do edukacji, zwłaszcza dla mieszkańców obszarów wiejskich.
- 1.5. Intensyfikacja działań profilaktycznych w zakresie bezpieczeństwa publicznego.
- 1.6. Wzmocnienie działań służących promocji i upowszechnieniu kultury fizycznej, sportu, rekreacji i wypoczynku.
- 1.7. Wykorzystanie potencjału ekologicznego dla poprawy warunków i jakości życia Mieszkańców.
- 1.8. Wzrost uczestnictwa społeczeństwa w szeroko pojętym życiu kulturalnym.

II. Program rozwoju kapitału ludzkiego i społecznego w województwie lubelskim **Cele programu:**

- 2.1. Zwiększenie potencjału organizacji pozarządowych i wsparcie ich współpracy z innymi instytucjami.
- 2.2. Tworzenie warunków dla zwiększenia szans rozwoju społecznego i zawodowego, zwłaszcza ludzi młodych.
- 2.3. Intensyfikacja aktywności mieszkańców w wymiarze gospodarczym, społecznym i zawodowym.
- 2.4. Organizacja spójnego systemu kształcenia adekwatnego do potrzeb rynku pracy.
- 2.5. Kształtowanie tożsamości regionalnej i wzmocnienie identyfikacji mieszkańców z województwem.
- 2.6. Optymalne wykorzystanie potencjału ludzkiego w warunkach społeczeństwa informacyjnego.
- 2.7. Poprawa warunków na rynku pracy poprzez rozwój zasobów ludzkich i promocję przedsiębiorczości.

III. Program przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu poprzez efektywną pomoc społeczną **Cele programu:**

- 3.1. Wsparcie osób i rodzin dotkniętych długotrwałym bezrobociem.
- 3.2. Wzmocnienie potencjału kadry pomocy społecznej.
- 3.3. Rozwój infrastruktury społecznej.
- 3.4. Rozwój środowiskowych form wsparcia w miejscu zamieszkania.
- 3.5. Wspieranie osób i rodzin będących w kryzysie.
- 3.6. Rozwój poradnictwa specjalistycznego, w tym rodzinnego.
- 3.7. Rozwijanie form rodzinnej opieki zastępczej.
- 3.8. Wspieranie grup szczególnego ryzyka zagrożonych dezintegracją społeczną

- i zawodową.
- 3.9. Sprawny system wsparcia dla osób starszych.
- 3.10. Rozszerzenie współpracy z organizacjami pozarządowymi w zakresie pomocy społecznej.

IV. Programy działań z zakresu profilaktyki oraz ograniczenia problemów wynikających z uzależnienia od alkoholu i narkotyków

- 4.1. Zmniejszenie ilości alkoholu spożywanego przez młodzież.
- 4.2. Zmniejszanie degradacji psychofizycznej osób uzależnionych oraz rozmiarów uszkodzeń zdrowia spowodowanych nadużywaniem alkoholu.
- 4.3. Zmniejszanie ilości dolegliwości alkoholowych zaburzeń życia rodzinnego.
- 4.4. Zmniejszenie strat ekonomicznych oraz udziału nietrzeźwości wśród przyczyn naruszania prawa i porządku publicznego.
- 4.5. Ograniczanie globalnego spożycia alkoholu i zmiana struktury jego spożycia.
- 4.6. Promowanie postaw społecznych ważnych dla profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
- 1.7. Realizacja działań profilaktycznych.
- 1.8. Edukacja publiczna i szkolenia przedstawicieli różnych grup społecznych.
- 1.9. Doskonalenie struktury leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.
- 4.9. Współpraca z samorządami gminnymi i powiatowymi oraz policją, służbami mundurowymi działającymi na rzecz przeciwdziałania narkomanii oraz innymi podmiotami zajmującymi się tym zagadnieniem.
- 4.10. Monitorowanie stanu problemów związanych z narkomanią.

Szczegółowy plan realizacji programów znajduje się w Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego.

IV. Szkolenia z zakresu pomocy społecznej

Szkolenia z zakresu polityki społecznej adresowane są głównie do kadr pomocy społecznej. W niektórych szkoleniach uczestniczą także osoby reprezentujące zawody medyczne i inne. Tematyka tych szkoleń, dotyczy obszarach funkcjonowania polityki społecznej i pomocy społecznej w zakresie wspierania osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi.

Przykładowa tematyka szkoleń i konferencji:

- 1. „Rola Środowiskowych Domów Samopomocy w aktywizacja osób niepełnosprawnych”.
- 2. „Forum psychiatrii środowiskowej” : terapia zajęciowa oraz aktywizacja zawodowa osób chorujących psychicznie.
- 3. „Współpraca z „marzycielem” : aspekty stosowania narzędzi pracy pracownika socjalnego wobec osób chorych psychicznie i ich rodzin.
- 4. Kształtowanie lokalnej polityki wobec uzależnień.
- 5. Razem bez przemocy – lokalny system wsparcia dla osób krzywdzonych.
- 6. Konwent rozwiązywania problemów alkoholowych.

4.5. Wojewódzki program rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi

Jedną z grup osób szczególnie zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym są osoby z zaburzeniami psychicznymi. Osoby te z powodu specyfiki schorzenia mają szczególne trudności w samodzielnym funkcjonowaniu społecznym, w tym zwłaszcza na rynku pracy.

Cel główny:

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:

aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Podmiot koordynujący realizację programu:

- 1) Wojewódzki Urząd Pracy w Lublinie***
- 2) Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie***

Zadania:

- 1) Wspieranie rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanej do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 2) Zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 3) Prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnych adresowanych do pracodawców, promujących zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działania i programy w zakresie wspierania zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi, zaspokajania ich podstawowych potrzeb życiowych, przełamywanie barier i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i zawodowemu prowadzone są głównie przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej szczebla centralnego, wojewódzkiego i powiatowego, a w węższym zakresie także przez Wojewódzkie i Powiatowe Urzędy Pracy oraz organizacje pozarządowe.

Realizacja wspierania zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi opiera się o przepisy ustawy o zatrudnieniu socjalnym, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, ustawę o pomocy społecznej oraz ustawę o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Zadania NPOZ będą realizowane w województwie lubelskim poprzez:

- 1) Wojewódzki program wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych.
- 2) Wojewódzką Społeczną Radę ds. Osób Niepełnosprawnych.
- 3) Wieloletni regionalny plan działań na rzecz promocji i upowszechniania ekonomii społecznej oraz rozwoju instytucji sektora ekonomii społecznej i jej otoczenia w regionie.
- 4) Przedsiębiorstwa społeczne.
- 5) Centra Aktywizacji Zawodowej Powiatowych Urzędów Pracy.
- 6) Centrum Informacji i Planowania Kariery Zawodowej Wojewódzkiego Urzędu Pracy.

- 7) Centrów Integracji Społecznej, Kluby Zatrudnienia Wspieranego i Kluby Integracji Społecznej.

I. Wojewódzki program wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych

Program odnosi się do celu strategicznego zapewnienie osobom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym w ramach zintegrowanych, kompleksowych działań.

Cele szczegółowe programu:

1. Wzmocnienie wpływu środowiska osób niepełnosprawnych na kształt rozwiązań legislacyjnych dotyczących niepełnosprawności oraz programów ograniczania skutków niepełnosprawności.
2. Promocja aktywnych, innowacyjnych form wsparcia, dostosowanych do rzeczywistych potrzeb osób niepełnosprawnych w tym chorych psychicznie, realizowanych przez instytucje oraz organizacje pozarządowe.
3. Ujednolicenie przestrzenne usług i oferty wsparcia środowiska osób niepełnosprawnych w tym chorych psychicznie na terenie całego województwa.
4. Zwiększenie efektywności wsparcia osób niepełnosprawnych przez wykorzystanie potencjału środowiska lokalnego i organizacji pozarządowych oraz wzmocnienie i rozszerzenie współpracy instytucji z organizacjami pozarządowymi w działaniach na rzecz osób niepełnosprawnych w tym chorych psychicznie.
5. Umożliwienie osobom niepełnosprawnym osiągnięcia odpowiedniego poziomu wykształcenia, kwalifikacji i rozwoju zawodowego.
6. Wzmocnienie opieki nad niepełnosprawnymi dziećmi i młodzieżą poprzez rozwój różnorodnych form wsparcia środowiskowego.
7. Ograniczanie skutków niepełnosprawności poprzez promocję działań profilaktycznych, podnoszenie poziomu wiedzy i zwiększenie dostępności usług, diagnostyki, rehabilitacji.

Narzędzia i sposób realizacji programu na podstawie celów szczegółowych

Cele szczegółowe Strategii zakładają dążenie do usamodzielnienia i aktywizacji niepełnosprawnych, poprawy warunków ich życia, przy jednoczesnym zapewnieniu właściwej, dostępnej rehabilitacji i odpowiedniego poziomu wykształcenia i kwalifikacji. Odwołują się do działań nastawionych na wzmocnienie wpływu środowiska osób niepełnosprawnych na kształt rozwiązań legislacyjnych dotyczących niepełnosprawności, promocję aktywnych, innowacyjnych form wsparcia, dostosowanych do rzeczywistych potrzeb ludzi niepełnosprawnych, zintegrowania i ujednolicenia przestrzennego usług socjalnych i oferty wsparcia środowiska osób niepełnosprawnych na terenie całego województwa, wykorzystania potencjału środowiska lokalnego i organizacji pozarządowych oraz wzmocnienia i rozszerzenia współpracy instytucji z organizacjami pozarządowymi w działaniach na rzecz osób niepełnosprawnych. Podkreślają możliwość usamodzielnienia ludzi niepełnosprawnych poprzez zapewnienie właściwej opieki, dostępu do profilaktyki, diagnostyki, rehabilitacji, usług, podnoszenia poziomu wiedzy i kwalifikacji, rozwoju zawodowego.

Program zostanie zrealizowany poprzez wdrożenie projektów odpowiadających zadaniom przewidzianym w Programie.

Szczegółowe cele Strategii będą realizowane poprzez Wojewódzki program wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu w następujących sferach:

Zapobieganie powstawaniu zjawiska niepełnosprawności.

- Ograniczanie i łagodzenie skutków niepełnosprawności.
- Wspieranie edukacji i zatrudnienia w celu zapobiegania wykluczeniu społecznemu oraz wyrównywanie szans życiowych osób niepełnosprawnych.
- Współpraca z jednostkami kształcącymi, w tym wyższymi uczelniami.
- Promowanie i wspieranie postaw obywatelskich.

Beneficjenci programu

1. Osoby niepełnosprawne w tym chore psychicznie.
2. Rodziny osób niepełnosprawnych i chorych psychicznie.
1. Środowisko, w którym funkcjonują osoby niepełnosprawne i chore psychicznie.
2. Instytucje i organizacje działające na rzecz osób niepełnosprawnych i chorych psychicznie.

Przewidywane podmioty współuczestniczące w realizacji programu

I Instytucje państwowe, w tym m.in.:

- Ministerstwo Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji i Sportu,
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie.

II Samorząd Województwa Lubelskiego

- Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego,
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie,
- Wojewódzki Urząd Pracy,
- inne jednostki organizacyjne Samorządu Województwa Lubelskiego .

III Jednostki samorządu powiatowego i gminnego w tym w szczególności

- Starostwa Powiatowe,
- Urzędy Miast,
- Urzędy Gmin,
- Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie,
- Powiatowe Urzędy Pracy,
- Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej.

IV Szkoły i uczelnie wyższe

V Organizacje pozarządowe

VI Środowisko osób niepełnosprawnych i chorych psychicznie

VII Media

VIII Przedsiębiorcy

II. Wojewódzka Społeczna Rada ds. Osób Niepełnosprawnych

Zadania w zakresie aktywizacji zawodowej niepełnosprawnych w województwie lubelskim są przedmiotem prac Wojewódzkiej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych działającej w oparciu o ustawę 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 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2003 roku w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich i powiatowych społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 62, poz. 560).

Zakres działania Wojewódzkiej Rady:

1. Inspirowanie przedsięwzięć zmierzających do integracji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych i realizacji praw osób niepełnosprawnych.
2. Opiniowanie projektów wojewódzkich programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych.
3. Ocena realizacji programów.
4. Opiniowanie projektów uchwał i programów przyjmowanych przez Sejmik Województwa pod kątem ich skutków dla osób niepełnosprawnych.

III. Wieloletni regionalny plan działań na rzecz promocji i upowszechniania ekonomii społecznej oraz rozwoju instytucji sektora ekonomii społecznej i jej otoczenia w regionie

W zakresie aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzone są prace związane z opracowaniem, realizacją i monitoringiem wieloletniego regionalnego planu działań na rzecz promocji i upowszechniania ekonomii społecznej oraz rozwoju instytucji sektora ekonomii **społecznej i jej otoczenia w regionie** w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII, Promocja integracji społecznej, poddziałanie 7.1.3. Plan ten zakłada rozszerzenie form aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w tym osób z zaburzeniami psychicznymi.

IV. Przedsiębiorstwa społeczne

Praca jest ważnym czynnikiem terapeutycznym i integrującym społecznie osoby z zaburzeniami psychicznymi. Większość tych osób chce i może pracować, jednak tylko niewielka ich część będzie zdolna do podjęcia bądź utrzymania zatrudnienia na otwartym rynku - w warunkach konkurencyjnych. Wobec braku firm społecznych zatrudniających osoby z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa lubelskiego, istnieje pilna potrzeba tworzenia takich podmiotów, dla których podstawowym celem i wartością jest praca i umożliwienie zatrudnienia.

V. Zakłady Aktywności Zawodowej

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie realizuje zadania w zakresie dofinansowania kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej (ZAZ).

W ZAZ zatrudnienie znajdują osoby niepełnosprawne, w tym grup osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz schorzeniami psychicznymi, które ustawodawca uznał za będące w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy, czyli mających największe problemy z zatrudnieniem. Warunkiem koniecznym jest wymóg zatrudniania przez zakład co najmniej 70% osób niepełnosprawnych, o znacznym stopniu niepełnosprawności lub osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną.

Rolą ZAZ jest realizacja trzech rodzajów rehabilitacji:

- 1) zawodowej** - przygotowanie do wykonywania czynności na danym stanowisku pracy, trening zawodowy, wyposażenie pracownika w niezbędne umiejętności, a w miarę możliwości i kwalifikacje zawodowe (np. uprawnienia),
- 2) leczniczej** - zapewnienie dostępu na terenie ZAZ do usług rehabilitacyjnych (urządzeń i fachowej kadry),
- 3) społecznej** - pomoc w odnalezieniu się w nowej roli, w pełnieniu różnych ról społecznych, codziennym funkcjonowaniu, poprawie jakości życia.

VI. Centra Integracji społecznej, kluby zatrudnienia wspieranego i kluby integracji społecznej

Osoby chore psychicznie, uzależnione od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających po zakończeniu leczenia w zakładzie w zakładzie opieki zdrowotnej, które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym mogą korzystać z zatrudnienia socjalnego i zajęć prowadzonych przez w Centra Integracji Społecznej, Kluby Zatrudnienia Wspieranego i Kluby Integracji Społecznej – funkcjonowanie tych form wsparcia reguluje ustawa o zatrudnieniu socjalnym. Podstawą prawną umożliwiającą funkcjonowanie CIS jest ustawa o zatrudnieniu socjalnym. Centrum Integracji Społecznej może utworzyć wójt, burmistrz lub prezydent miasta bądź organizacje pożytku publicznego. Po zaopiniowaniu wniosku przez marszałka województwa, wojewoda nadaje jednostce organizacyjnej status centrum na trzy lata decyzją administracyjną.

VII. Centa aktywizacji zawodowej

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą korzystać z pomocy Centrów Aktywizacji Zawodowej Powiatowych Urzędów Pracy. Są to wyspecjalizowane komórki organizacyjne, które realizują zadania w zakresie usług rynku pracy oraz instrumentów rynku pracy. Zadaniem CAZ jest poszukiwanie ofert pracy oraz kojarzenie osób bezrobotnych z pracodawcami. Do zadań centrum należeć będzie także organizacja prac interwencyjnych, robót publicznych i zatrudnienia socjalne. W ramach powiatowych urzędów pracy mogą być tworzone lokalne punkty informacyjno-konsultacyjne. Mają one na celu udzielanie osobom zainteresowanym oraz pracodawcom informacji o możliwościach i zakresie udzielenia pomocy osobom bezrobotnym i poszukującym pracy. Swoje zadania mają realizować przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych umożliwiających dostęp do rejestrów publicznych prowadzonych w powiatowych urzędach pracy. Usługi poradnictwa

zawodowego, realizowanego w toku działalności CAZ, polegają na udzielaniu osobom bezrobotnym i osobom poszukującym pracy pomocy w wyborze odpowiedniego zawodu i miejsca zatrudnienia. Osoba poszukująca pracy może się spotkać z profesjonalnym doradcą zawodowym, którego zadaniem jest pomoc w wyborze lub zmianie zawodu, kierunku kształcenia i szkolenia zawodowego. Doradca bierze pod uwagę możliwości psychofizyczne i sytuację życiową osoby poszukującej pracy, mając też na względzie potrzeby rynku pracy. Jednak należy zaznaczyć, iż znalezienie odpowiedniego zatrudnienia dla osoby niepełnosprawnej jest zadaniem wielowymiarowym, uwzględniającym nie tylko zachowane przez nią możliwości i zainteresowania, ale także szereg czynników psychologicznych i motywacyjnych.

Obok poradnictwa zawodowego, kolejną usługą realizowaną przez CAZ, świadczoną na rzecz osób bezrobotnych i poszukujących pracy, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi, jest organizacja szkoleń. Poprzez szkolenia osoby te mogą uzyskać, uzupełnić lub doskonalić umiejętności i kwalifikacje zawodowe, potrzebne do wykonywania pracy, w tym umiejętność poszukiwania zatrudnienia.

Realizację powyższych form wsparcia, niezależnie od rodzaju niepełnosprawności, w uzasadnionych przypadkach poprzedza skierowanie przez PUP kandydata na badania lekarskie, w celu stwierdzenia jego zdolności do wykonywania danej pracy lub określenie szczególnych predyspozycji psychofizycznych wymaganych do wykonywania zawodu. Orzeczenie lekarskie stwierdzające występowanie lub brak przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku jest warunkiem skierowania osoby niepełnosprawnej na rynek pracy.

VIII. Centrum informacji i planowania kariery zawodowej

Centra Informacji i Planowania Kariery Zawodowej Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Lublinie służą wszystkim, którzy stoją przed problemem wyboru bądź zmiany zawodu lub pracy oraz osobom pozostającym bez zatrudnienia, oferując szeroki wachlarz usług z zakresu indywidualnego i grupowego doradztwa zawodowego, pośrednictwa pracy oraz informacji zawodowej. Osobom, które nie potrafią odnaleźć się w sytuacji bezrobocia, bądź nie wiedzą jaki wybrać zawód, Centra oferują możliwość skorzystania z porady indywidualnej u doradcy zawodowego. Dużą grupę klientów stanowią osoby, których sytuacja zmusza do dokonania zmian w życiu. Wielu osobom brakuje jednak niezbędnych umiejętności pomocnych przy tego rodzaju wiedza jest niezbędna do tego, by poszerzyć swoje kwalifikacje i wybrać odpowiedni dla siebie kurs lub kierunek przekwalifikowania. Klient, może dowiedzieć się, jaka jest sytuacja na rynku i jakie umiejętności są najbardziej poszukiwane. W wielu przypadkach wykorzystuje się dostępne w Centrach testy psychologiczne. W zależności od potrzeb można podjąć próbę określenia, wspólnie z zainteresowanym, predyspozycji zawodowych klienta. Zbadać można również odporność na stres, poczucie kontroli, cechy osobowościowe i temperamentalne.

Centra Informacji i Planowania Kariery Zawodowej w ramach poradnictwa grupowego organizują również różnego rodzaju warsztaty. Zajęcia prowadzone są przez doradców zawodowych i mają na celu pobudzenie osób bezrobotnych do aktywnego poszukiwania pracy. Korzyści płynące z uczestnictwa w tego typu zajęciach są znaczące. Począwszy od samodzielnego radzenia sobie ze stresem jakim jest brak pracy, poprzez samoanalizę i niejednokrotnie, pobudzenie dotychczas uspionych zdolności i możliwości, sporządzenie indywidualnego planu działania, po fachową wiedzę na temat rynku pracy i rządzących nim prawideł. Osoby bezrobotne czują się wzmocnione, dowartościowane i przez to stają się bardziej aktywne.

Zajęcia warsztatowe organizowanych przez Centrum Informacji i Planowania Kariery Zawodowej obejmują następujące zagadnienia dotyczące: autoprezentacji, dokumentów aplikacyjnych, pisania życiorysu zawodowego i listu motywacyjnego na komputerze, asertywność w poszukiwaniu pracy, planowanie kariery zawodowej, sposobów radzenia sobie ze stresem, zakładania własnej działalności gospodarczej – dotacji, wzmocnienia pewności siebie oraz komunikacji interpersonalnej i zasad dobrego porozumiewania się z ludźmi.

4.6. Wojewódzki plan zwiększenia dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Rozwój leczenia psychiatrycznego w województwie lubelskim powinien być zgodny z zasadami nowoczesnej psychiatrii i założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Cel główny:

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:

- 1) upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej***
- 2) dążenie do zapewnienia równej dostępności do psychicznych świadczeń zdrowotnych na terenie województwa lubelskiego***

Podmiot koordynujący realizację planu:

- 1) Urząd Wojewódzki w Lublinie (Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii)***

Podstawowymi środkami i metodami zmierzającymi do dostosowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej do potrzeb mieszkańców województwa jest poprawa dostępności i zróżnicowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych, dzieci i młodzieży oraz dla uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Rozwój psychiatrycznej opieki zdrowotnej na terenie województwa lubelskiego będzie w dużej mierze zdeterminowany przez postęp w osiąganiu wymaganego poziomu zatrudnienia i wykształcenia fachowych kadr. Poprawa jakości psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej uwarunkowana jest powstaniem odpowiedniej bazy materialnej, warunków sanitarно-technicznych oraz zapewnieniem ciągłości opieki psychiatrycznej poczynając od profilaktyki, edukacji zdrowotnej, opieki ambulatoryjnej, całodobowej, pośredniej i środowiskowej po szybki przepływ informacji o chorym wypisywanym z oddziału psychiatrycznego do jednostek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w środowisku zamieszkania pacjenta. Główne podejście w rozwiązywaniu problemów zdrowia psychicznego stanowić winna, wg WHO, **opieka środowiskowa** uzupełniona o stopniowe zamykanie dużych szpitali psychiatrycznych, przekształcanie ich w centra aktywnego leczenia i wielopłaszczyznowej rehabilitacji a także rozwijanie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Zgodnie z Raportem WHO z 2001 roku opieka środowiskowa oznacza:

1. Usługi, które są blisko domu, włączając w to opiekę szpitalną w szpitalu ogólnym dla przypadków wymagających przyjęcia w trybie nagłym oraz opiekę długoterminową w stacjonarnych formach opieki środowiskowej,
2. Interwencję stosowaną do poziomu upośledzenia i objawów chorobowych.
3. Leczenie i opiekę specyficzną dla postawionej diagnozy i potrzeb osoby chorej.
4. Szeroki zakres usług adresowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.
5. Usługi skoordynowane pomiędzy profesjonalistami zajmującymi się opieką psychiatryczną a lokalnymi agencjami wsparcia socjalnego.
6. Ambulatoryjne raczej niż stacjonarne świadczenia zdrowotne, w tym realizowane w formule hospitalizacji domowej.
7. Partnerstwo z opiekunami oraz rozwiązywanie ich problemów.
8. Aktywność legislacyjną wspierającą powyższe działania.

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) wprowadza zalecania rozwiązania organizacyjne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Zalecane wskaźniki wskazują kierunki działań do osiągnięcia minimalnej dostępności do poradni, oddziałów dziennych, zespołów środowiskowych, oddziałów stacjonarnych, hosteli, oddziałów opiekuńczych oraz placówek psychiatrycznych wg niżej przedstawionego schematu.

4.6.1. Plan dostępności do opieki psychiatrycznej w województwie lubelskim

Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla osób z zaburzeniami psychicznymi				
Placówka	Minimalny wskaźnik	uwagi	Stan obecny 2012 r.	Plan
CZP dla dorosłych	1 CZP/50-200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb	brak	Docelowo 6 CZP dla dorosłych
CZP dla dzieci i młodzieży	1 CZP/50-200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb	brak	Docelowo 3 CZP dla dzieci i młodzieży

4.6.2. Rozwój placówek dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi

Placówki dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi				
Placówka	Minimalny wskaźnik	uwagi	Stan obecny 2012 r.	Plan
Poradnia	1 poradnia / 50 tys. mieszk.	czynna codziennie w każdym powiecie lub dzielnicy dużego miasta	54 poradnie	54 poradnie
Oddziały dzienne	3 miejsca / 10 tys. mieszk.	co najmniej 1 w mieście >70 tys. mieszk.	6 oddziałów, 106 miejsc	9 oddziałów, 145 miejsc
Zespoły środowiskowe	1 zespół / 50 tys. mieszk.	1-3 wizyty/ tyg.	6 zespołów środowiskowych	16 zespołów środowiskowych
Zespoły interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej	1 zespół w miastach pow. 200 tys. mieszk.		brak	1 zespół
Oddziały psychiatryczne szpitalne	4 łóżka / 10 tys. mieszk. równomiernie jak najbliżej, w miastach / dzielnicach miast >80 tys. mieszk. optymalnie: w szpitalach ogólnych	maks. 300 łóżek w szpitalu psychiatrycznym; przekształcenia w większych szpitalach	990 łóżek ogólnopsychiatrycznych, 13 oddziałów szpitalnych	865 łóżek
Hostel	0,2 miejsca / 10 tys. mieszk.		brak	4 hostele, 40 miejsc
Oddziały opiekuńcze (ZLO, ZOL)	1-2 łóżka / 10 tys. mieszk.		4 oddziałów, 479 łóżek	5 oddziałów, 550 łóżek

4.6.3. Rozwój placówek dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi

Placówki dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi				
Placówka	Minimalny wskaźnik	Uwagi	Stan 2012 r.	Plan
Poradnia	1 poradnia / powiat lub kilka (na 150 tys. mieszk.	czynna codzienne	12 poradni	14 poradni
Oddziały dzienne	1 miejsce na 10 tys. mieszk.		1 oddział/12 miejsc	Docelowo 3 oddziały/ 36 miejsc
Zespoły środowiskowe	1 zespół na 150 tys. mieszk.	1-3 wizyt /tyg.	2 zespoły	5 zespołów
Oddziały szpitalne	0,4 łóżka /10 tys. mieszk.	równomiernie	3 oddziały/ 57 łózek	4 oddziały/ 72 łóżka
Hostel	1 hostel (20 miejsc) województwo		brak	1 hostel
Poradnia pomocy rodzinie	1 poradnia w województwie		1 poradnia	1 poradnia

4.6.4. Rozwój placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych

Placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych				
Placówka	Minimalny wskaźnik	Uwagi	Stan 2012 r.	Plan
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	1 przychodnia /1 powiat (ok. 50 tys. mieszk.)	czynna codziennie	31 poradni	31 poradni
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu	1 oddział w każdym większym mieście (powyżej 50 tys. mieszkańców)		2 oddziały/ 35 miejsc	6 oddziałów
Oddziały / pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	0,2-0,3 łóżka /10 tys. mieszk		3 oddziały/ 66 łózek	4 oddziały
Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	1,2 łóżka na 10 tys. mieszkańców		8 oddziałów/ 257 łózek	8 oddziałów/ 257 łózek
hostele	1 hostel (20 miejsc) województwo		brak	1 hostel

4.6.5. Rozwój placówek dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Placówki dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych				
Placówka	Minimalny wskaźnik	Uwagi	Stan 2012 r.	Plan
Przychodnia/poradnia terapii od substancji psychoaktywnych	co najmniej 3 przychodnie w województwie, w tym w miastach: 50-70 tys. mieszk. – 1 przychodnia; 70- 100 tys. mieszk. – 2 przychodnie; Powyżej 100 tys. mieszkańców – 3 przychodnie	z uwzględnieniem czynnika epidemiologicznego; czynna codziennie; w tym ośrodki interwencji kryzysowej	6 poradni	8 poradni
Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	co najmniej 1 oddział (20 miejsc) w województwie	z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach	brak	1 oddział
Oddziały/ łóżka detoksykacyjne	0,1 łóżka/ 10 tys. mieszk.	z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach	1 oddział	1 oddział
Oddziały / ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,7 łóżka/ na 10 tys. mieszk.	w tym prowadzone przez organizacje pozarządowe; z uwzględnieniem zróżnicowania w	2 oddziały/ 57 łózek	2 oddziały/ 57 łózek

		poszczególnych województwach		
Hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,2 miejsca / 10 tys. mieszkańców		brak	1 hostel
Program leczenia substytucyjnego	w każdym mieście, w którym jest co najmniej 30 użytkowników w opiatów, kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego		1 świadczeniodawca	1 świadczeniodawca

4.6.6. Rozwój zatrudnienia w psychiatrycznej opiece zdrowotnej

Oczekiwanie zatrudnienie

Zawód	Oczekiwania		Stan obecny(kraj)	Stan obecny(województwo)	Plan
	wskaźnik/100 tys.	liczba	liczba	liczba	liczba
psychiatrzy	10,0	4000	2700	231	240
psychiatrzy dzieci i młodzieży	1,0	400	206	12	22
psychologowie kliniczni	9,5	3800	1400	82	207
pracownicy socjalni	10,0	4000	300	18	218
pielęgniarki	35,0	14000	10 000	566	736
terapeuci zajęciowi*	8,0	3200	560	102	174
psychoterapeuci z certyfikatem	2,0	800	500	22	44
Certyfikowani specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień	5,0	2000	1400	74	74

Nową profesją w systemie opieki psychiatrycznej jest **terapeuta środowiskowy**. W 2010 roku Ministerstwo Zdrowia przyjęło program szkolenia terapeuty środowiskowego, natomiast do 2015 roku jego kompetencje mogą uznawać poza Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym także kierownicy poszczególnych zespołów leczenia środowiskowego. Świadczenia terapeuty środowiskowego mogą już obecnie znaleźć finansowanie ze środków NFZ.

Terapeuci środowiskowi mogą stanowić istotne ogniwo zespołów terapeutycznych nie tylko w psychiatrycznym leczeniu ambulatoryjnym ale także sieci placówek oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, m.in. środowiskowych domów samopomocy czy specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Istnieje potrzeba określenia oczekiwanej liczby zatrudnionych terapeutów środowiskowych i opracowanie systemu ich szkolenia na terenie województwa lubelskiego.

5. Koordynowanie programu

Wdrażanie i koordynacja „*Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012-2016*” będzie oparta o ustalenia podjęte przez Wojewódzki Zespół Koordynujący realizujący Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w województwie lubelskim.

Realizacja zadań 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 i wdrażającymi zadania „*Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012-2016*” będą:

- Samorząd Województwa Lubelskiego,
- Wojewoda Lubelski,
- Samorządy Powiatów i Gmin,
- Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- jednostki organizacyjne pomocy społecznej,
- Wojewódzki Urząd Pracy,
- Powiatowe Urzędy Pracy,
- Kuratorium Oświaty,
- podmioty lecznicze,
- organizacje pozarządowe.

Wszystkie planowane zadania organizacyjne dotyczące opieki psychiatrycznej będą uzgadniane z samorządami powiatów. Dalszych uzgodnień pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego wymaga sprawa tworzenia i rozmieszczenia 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. Trudno aktualnie określić jednoznaczne terminy realizacji zadań i zagwarantować dotrzymanie wyznaczonych w NPOZP docelowych terminów i pełnych efektów realizacji wyznaczonych celów.

Zadania Samorządu Województwa Lubelskiego będą koordynowane przez podmioty wskazane przy poszczególnych programach składowych Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego. Do ich zadań należało będzie również monitorowanie, sprawozdawanie efektów realizacji Programu oraz współdziałanie z podmiotami biorącymi udział w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na terenie województwa lubelskiego.

6. Finansowanie programu

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zaleca określone nakłady na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przez podmioty wskazane w harmonogramie.

Ze względu na wielosektorowość działań nakłady na realizację NPOZP przewidziane są dla:

Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Obrony Narodowej, NFZ i **jednostek samorządu terytorialnego**.

Zalecane nakłady na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (w mln zł)

Podmiot	Przeznaczenie środków	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.	Razem lata 2011-2015
Minister Zdrowia	profilaktyka i promocja	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	8
	koordynacja	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	4
	systemy informacji	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	18
	inwestycje	2	2	2	2	2	10
Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego	badania naukowe	zgodnie z przepisami regulującymi finansowanie badań naukowych					
	profilaktyka i promocja	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,5
	inwestycje	według uzasadnionych potrzeb uprawnionych instytucji					
Minister Sprawiedliwości	zwiększenie dostępności świadczeń	1,97	2,34	2,23	2,23	2,23	11
	profilaktyka i promocja	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	3,75
	inwestycje	5	10	10	10	5	40

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

Źródło: NPOZP.

Jednostki samorządu terytorialnego, według zaleceń rozporządzenia, powinny zabezpieczyć środki na finansowanie zmian organizacyjnych zwiększających dostępność do świadczeń opieki psychiatrycznej.
Kwota 52,9 mln zł na rok jest zalecana do zaangażowania przez wszystkie **jednostki** samorządu terytorialnego w kraju. Przeliczając tę kwotę na jednego mieszkańca Polski,

w województwie lubelskim wysokość środków realizację zadań NPOZP przez jednostki samorządu terytorialnego powinna wynosić **ok. 3 mln zł rocznie (ok. 1,37 zł/1 mieszkańca)**. Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, realizacja zadań w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wskazanych samorządom terytorialnym należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin.

Wysokość środków finansowych w budżetach samorządów terytorialnych planowanych na ochronę zdrowia psychicznego powinna być proporcjonalna do obciążenia problemami zdrowotnymi mieszkańców na danym terenie. Finansowanie powinno być przeznaczone, zgodnie z potrzebami lokalnymi na:

- profilaktykę i promocję zdrowia psychicznego,
- infrastrukturę opieki zdrowotnej i pomocy społecznej,
- podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników opieki psychiatrycznej.

Na aktualnym etapie planowania działań w rozwoju opieki psychiatrycznej określenie nakładów finansowych przez jednostki samorządu terytorialnego jest utrudnione. W NPOZP założono zwiększenie środków finansowych będących w dyspozycji **Narodowego Funduszu Zdrowia** na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, stosownie do potrzeb i rozwoju świadczeń zdrowotnych.

NFZ otrzymał zadanie przygotowania projektu finansowania świadczeń do pilotażowego programu wdrażania modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach.

W opinii Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie ważnym elementem rozwoju lecznictwa psychiatrycznego jest z jednej strony potencjał świadczeniodawców realizujących umowy z NFZ, a z drugiej wymagania NFZ określone w kontraktowaniu świadczeń. Zauważane dysproporcje w strukturze udzielania świadczeń psychiatrycznych na terenie województwa lubelskiego wyraźnie wskazują obszary o ograniczonej dostępności szczególnie dla opieki środowiskowej (patrz str. 27-42).

Według informatora LOW NFZ w 2012 r. zaplanowano środki na świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień o ok. 2 mln mniejsze niż w roku 2011.

Ostateczna wartość zawartych kontraktów będzie znana na koniec 2012 roku.

Inne źródła finansowania możliwe do wykorzystania:

- Budżet państwa na realizację programów pilotażowych i zadań zleconych w ochronie zdrowia i pomocy społecznej.
- Środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Europejski Fundusz Społeczny, Program Operacyjny Kapitał Ludzki.
- Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego.

7. Ocena i monitorowanie

Wdrażanie „Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012-2016” obejmuje szereg działań i decyzji związanych z realizacją planów i zamiarów przez podmioty, którym NPOZP powierzył określone zadania.

W celu zapewnienia skuteczności realizacji Programu konieczne jest ciągle i systematyczne śledzenie zjawisk, działań i problemów, które są przedmiotem Programu. Monitorowanie realizacji „Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012-2016” będzie oparte o analizę wskaźników monitorujących określonych dla poszczególnych zadań w harmonogramie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Prowadzony corocznie monitoring i ewaluacja realizacji programu pozwoli na podejmowanie kolejnych niezbędnych działań, jakie należy podjąć, aby osiągnąć założone cele i zadania. Wszystkie podmioty realizujące zadania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia są zobligowane do składania w Ministerstwie Zdrowia **rocznych sprawozdań z wykonania zadań objętych harmonogramem realizacji NPOZP w terminie do 15 maja każdego roku.**

Roczne sprawozdania z realizacji „Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012-2016” będzie przedstawiane również Wojewódzkiemu Zespołowi Koordynującemu realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w województwie lubelskim.

Do oceny efektów wdrażania Programu posłużą także wskaźniki charakteryzujące stan zdrowia psychicznego społeczeństwa oraz działalność placówek opieki psychiatrycznej, jednostek pomocy społecznej i rynku pracy.

Proponowane grupy mierników:

1) Ocena stanu zdrowia psychicznego mieszkańców województwa:

- Liczba leczonych w poszczególnych rodzajach opieki psychiatrycznej w porównaniu z liczbą leczonych w roku poprzednim,
- Przyczyny leczenia w poszczególnych rodzajach opieki psychiatrycznej w porównaniu z przyczynami z roku minionego,
- Liczba i współczynnik zgonów z powodu samobójstw w porównaniu z rokiem minionym.

2) Realizacja promocji zdrowia i zapobieganie zaburzeń zdrowotnych oraz liczba i odsetek populacji biorącej udział w programach, takich jak:

- programy promocji zdrowotnej – ilość zrealizowanych programów,
- programy informacyjno-edukacyjne - ilość zrealizowanych programów,
- kampanie informacyjne - ilość przeprowadzonych kampanii,
- specjalistyczne programy opieki psychiatrycznej – ilość zrealizowanych programów,
- opublikowane informatory i poradniki – ilość i rodzaj publikacji.

3) Wskaźniki działalności placówek opieki psychiatrycznej:

- Centrów Zdrowia Psychicznego – ilość centrów zdrowia na terenie województwa lubelskiego w porównaniu z planem dla województwa lubelskiego,
- placówki dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi – ilość placówek w porównaniu z planem,
- placówki dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi - ilość placówek w porównaniu z planem,
- placówki dla uzależnionych od alkoholu - ilość placówek w porównaniu z planem,
- placówki dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych - ilość placówek w porównaniu z planem,

4) Ocena dostępności do różnych form pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej z określeniem liczby i rozmieszczenia oraz liczby osób korzystających z pomocy:

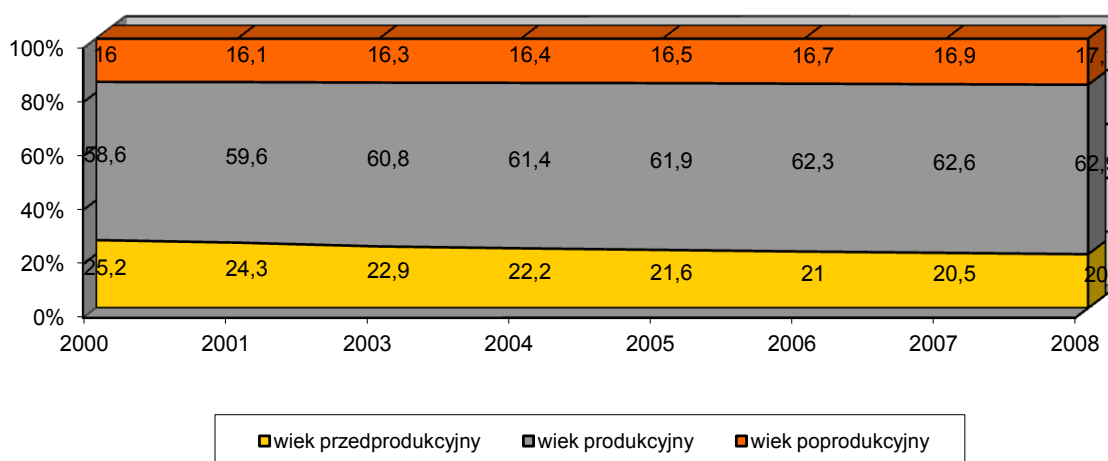
- środowiskowych domów samopomocy - ilość placówek w porównaniu z rokiem minionym,
- mieszkań chronionych - ilość placówek w porównaniu z rokiem minionym,
- specjalistycznych świadczeń opiekuńczych - ilość świadczeń w porównaniu z rokiem minionym,
- Zakładów Aktywności Zawodowej - ilość placówek w porównaniu z rokiem minionym.

8. Podsumowanie programu

„Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012-2016” jest ramowym ujęciem potrzeb w zakresie organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej oraz innych form działalności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, które mogą być realizowane na terenie województwa lubelskiego przez administrację rządową, Narodowy Fundusz Zdrowia, Samorząd Województwa Lubelskiego, samorządy powiatów i gmin, podmioty lecznicze, organizacje pozarządowe i inne instytucje działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. W swojej strukturze zawiera część diagnostyczną opisującą stan aktualny i część planistyczną opisującą kierunki działań w zakresie rozwoju i poprawy opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Sytuacja demograficzna województwa lubelskiego charakteryzuje się trendem starzenia się społeczeństwa, stopniowym wydłużeniu życia i prognozowanym zmniejszeniem liczby ludności w województwie w najbliższych latach. W strukturze wiekowej ludności, systematycznie zmniejsza się udział osób w wieku przedprodukcyjnym, a zwiększa się stopniowo udział osób starszych. W 2008 roku 17,1% mieszkańców województwa osiągnęło wiek senioralny. Według prognozy GUS odsetek osób starszych będzie szybko zwiększał się po roku 2010.

Struktura wiekowa mieszkańców województwa lubelskiego w latach 2000- 2008.



Ten trend demograficzny daje szansę na rozwój świadczeń opieki długoterminowej, opieki paliatywnej oraz świadczeń geriatrycznych dla chorych psychicznie. Szansę tą mogą wykorzystać podmioty lecznicze elastycznie dostosowujące swój zakres działalności do potrzeb zdrowotnych.

Analiza stanu zdrowia psychicznego mieszkańców województwa lubelskiego wykazuje, iż najwięcej jest osób z zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami nastroju, depresją i schizofrenią. Zwiększa się także liczba leczonych z powodu uzależnień.

Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie zaspakajają w pełni potrzeb wyrażanych przez pacjentów. Podmioty lecznicze są rozmieszczone nierównomiernie. Największy ich niedobór stwierdza się w północnej, zachodniej i południowej części województwa. Zalecenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zobowiązują do utworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego w celu integrowania opieki psychiatrycznej i innych form pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin na terenie poszczególnych powiatów. Ponadto najistotniejszymi zadaniami dla województwa lubelskiego jest równomierne rozmieszczenie poradni zdrowia psychicznego w każdym powiecie, czynnych codziennie, utworzenie zespołów środowiskowych, zwiększenie miejsc w oddziałach dziennych, utworzenie hosteli z terapią oraz zwiększenie liczby łóżek w psychiatrycznych zakładach opiekuńczych. Stan zatrudnienia w opiece psychiatrycznej w porównaniu do zaleceń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest niewystarczający, co może w znaczącym stopniu rzutować na możliwości rozwoju opieki psychiatrycznej w najbliższych latach.

Program stanowi wskazania i propozycje do działań podmiotów realizujących Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na terenie województwa lubelskiego oraz podstawę do właściwego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych przez Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, a także do podejmowania stosownych decyzji przez organizatorów ochrony zdrowia i zarządzających jednostkami opieki zdrowotnej na terenie województwa lubelskiego.

Uzupełnieniem działań wojewódzkich wpisanych w „*Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012-2016*” są programy opracowane przez samorządy powiatowe i przesłane do końca roku 2011 do Samorządu Województwa Lubelskiego:

Linki do poszczególnych programów:

- [Miejski Program Promocji i Ochrony Zdrowia Psychicznego Miasta Biała Podlaska na lata 2011-2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Powiatu Bielskiego na lata 2011-2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Powiatu Chełmskiego na lata 2011 - 2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Powiatu Hrubieszowskiego na lata 2011 – 2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Powiatu Janowskiego na lata 2011 – 2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Powiatu Krasnostawskiego na lata 2011-2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Powiatu Kraśnickiego na lata 2011- 2015](#)

- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Powiatu Lubartowskiego na lata 2012-2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Powiatu Lubelskiego na lata 2011 – 2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Powiatu Łęczyńskiego na lata 2012-2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Powiatu Opole Lubelskie na lata 2011-2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Powiatu Parczewskiego na lata 2011-2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Powiatu Ryckiego na lata 2011-2015](#)
- [Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Powiatu Włodawskiego na lata 2011-2015](#)