



Narodowy Program Ochrony
Zdrowia Psychicznego

Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022



**zdrowe
Lubuskie**

Zielona Góra 2020

„Nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”

***„...zdrowie psychiczne jest dobrem osobistym człowieka,
a ochrona praw osób
z zaburzeniami psychicznymi należy
do obowiązków państwa...”***

Preambuła ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego

Spis treści

Wprowadzenie.....	4
Zdrowie psychiczne w dokumentach międzynarodowych.....	6
Podstawy prawne aktualizacji Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022.....	8
Metodologia tworzenia dokumentu.....	11
Struktura programu.....	13
Diagnoza województwa lubuskiego.....	14
Sytuacja demograficzna.....	14
Sytuacja epidemiologiczna.....	20
Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie lubuskim.....	31
Lecznictwo stacjonarne.....	32
Lecznictwo ambulatoryjne.....	36
Zasoby systemu wsparcia społecznego w województwie lubuskim.....	42
Potencjał kadrowy.....	48
Psychiatria dzieci i młodzieży.....	49
Finansowanie świadczeń psychiatrycznych.....	51
Wojewódzki program zwiększenia dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.....	58
Sieć centrów zdrowia psychicznego.....	58
Centra Zdrowia Psychicznego w województwie lubuskim.....	60
Koncepcja utworzenia kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego w województwie lubuskim.....	64
Cele i zadania.....	66
Źródło finansowania.....	67
Monitoring.....	67
Spis tabel, wykresów, map.....	68

Wprowadzenie

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) **zdrowie psychiczne** jest stanem dobrego samopoczucia, w którym człowiek sprawnie funkcjonuje w społeczeństwie poprzez realizację swoich zdolności, umiejętność radzenia sobie ze stresem, uczestniczenie w życiu społecznym czy wydajną i owocną pracę.

Tego typu zdrowie ujmowane jest poprzez dwa wymiary:

- *pozytywne zdrowie psychiczne* – to dobrostan jednostki i takie zasoby, które umożliwiają radzenie sobie z trudnościami, unikanie załamania stanu zdrowia. Wymiar ten charakteryzują zmienne: wysoka samoocena, poczucie panowania nad sytuacją (mastery), optymizm, poczucie koherencji i skuteczności, odporność (hardiness),
- *negatywne zdrowie psychiczne* – wiąże się z objawami negatywnymi określanymi jako psychologiczny dystres i występowaniem zaburzeń psychicznych (klasyfikowanych według ICD-10 lub DSM-IV).

Dane epidemiologiczne wskazują stały wzrost zachorowań na choroby psychiczne. W naszym kraju 8 milionów obywateli czyli co czwarty z nas cierpi na różnego rodzaju problemy i zaburzenia psychiczne. Na całym świecie z powodu zaburzeń psychicznych cierpi ponad 450 mln ludzi. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zaburzenia psychiczne i behawioralne stanowią ok. 20% wszystkich stanów chorobowych w Europie. W zachodniej części Europy zaburzenia psychiczne odpowiadają za 30-40% chronicznych zwolnień lekarskich i pochłaniają średnio 3% PKB¹.

Ze względu na fakt, iż koszty społeczno-ekonomiczne złego stanu zdrowia psychicznego są bardzo wysokie, nie tylko dla jednostki nim dotkniętej, ale także dla całej społeczności, w której funkcjonuje, jest to wyjątkowo niepokojący trend. Dlatego sytuacja wymaga kontynuowania szeroko zakrojonych wielosektorowych działań poprawiających funkcjonowanie różnorodnych form opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich najbliższego otoczenia ujętych w Regionalnym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

„Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022” jest kontynuacją dokumentu o tej samej nazwie, obowiązującego w minionych latach. Aktualizacja tego Programu pozwoli prowadzić prozdrowotną politykę ochrony zdrowia psychicznego w sposób umożliwiający i ułatwiający mieszkańcom

¹ WHO Mental Health [who.int; dostęp 16.07.2018 r.]

województwa lubuskiego podejmowanie działań ukierunkowanych na ochronę, wzmocnienie i zwiększenie potencjału zdrowia psychicznego.

Podstawa opracowania „Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022” wynika z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458), które weszło w życie z dniem 3 marca 2017 roku.

Celem podejmowania zawartych w dokumencie działań jest polepszenie dobrostanu ludzi, ich funkcjonowania poprzez lepsze wykorzystanie sił i zasobów intelektualnych oraz wzmocnienie odporności psychicznej.

Przyczynami uzasadniającymi kontynuowanie działań w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oprócz wspomnianego wzrostu zachorowalności na psychotyczne i niepsychotyczne zaburzenia psychiczne są:

1. istniejący od wielu lat deficyt kadr i środków w psychiatrycznej opiece zdrowotnej – wynik długotrwałych zaniedbań i marginalizowania tej dziedziny ochrony zdrowia;
2. konieczność dostosowania opieki psychiatrycznej do współczesnych standardów – rozwój leczenia niestacjonarnego zgodnie z założeniami modelu leczenia środowiskowego;
3. konieczność zmiany nastawienia do zaburzeń psychicznych tak chorych, jak i ich otoczenia – aktualnie określenie „chory psychicznie” ma charakter stygmatyzujący, co znacząco zmniejsza szanse na podjęcie i skuteczne leczenie zaburzeń psychicznych.

Proponowane zadania, które pozwolą zrealizować te cele, to m. in.:

- wcześniejsze rozpoznawanie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym u dzieci i młodzieży np. wzmocnianie ochronnej roli rodzica, nauczycieli, pedagogów oraz środowiska rówieśniczego (nauka odczytywania u kolegi/koleżanki emocji, przeżyć zapowiadających pojawianie się problemów psychologicznych, poruszanie tematów dotyczących współczesną młodzież np. zjawisko hejtu czyli mowy nienawiści w Internecie czy uzależnienie od alkoholu, narkotyków i dopalaczy),
- rozpowszechnienie tematyki promocji zdrowia psychicznego w popularnych programach telewizyjnych, audycjach radiowych oraz w Internecie, przede wszystkim na portalach społecznościowych m.in. Facebook czy Instagram. Odpowiednie strony www mogłyby zamieszczać materiały dotyczące zagrożeń zdrowia psychicznego lub poprawy funkcjonowania psychologicznego w trudnych sytuacjach,
- upowszechnianie wiedzy na temat często występujących zaburzeń psychicznych, co do

których informacje są fragmentaryczne lub obciążone stereotypami i mitami (np. depresja, schizofrenia, uzależnienia od środków psychoaktywnych) – masowe kampanie informacyjne i edukacyjne, wizerunek osób publicznych ujawniających walkę z chorobą (przykładem jest coming-out osób publicznych uzależnionych od alkoholu),

- otworzenie „szybkiej” ścieżki dostępu do poradnictwa psychologicznego np. poprzez skojarzenie poradni internetowej z realnie istniejącymi placówkami oferującymi pomoc i poradnictwo psychologiczne,
- przeprowadzanie stałej oceny samopoczucia psychicznego społeczeństwa poprzez dalsze badanie epidemiologii zaburzeń psychicznych i dostępności różnych form opieki psychiatrycznej, zwłaszcza w świetle narastających wskaźników rozpowszechnienia i zapadalności na zaburzenia psychiczne,
- realizacja programów profilaktycznych.

Zdrowie psychiczne w dokumentach międzynarodowych

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała kilka dokumentów poruszających tematykę zdrowia psychicznego. Wytyczne w nich zawarte zwracają uwagę na potrzebę poprawy systemu opieki nad osobami chorymi psychicznie, zapobiegania stygmatyzacji tych osób i ich rodzin, w tym realizacji programów profilaktycznych:

Nadal aktualne są cele i rekomendacje zawarte w dokumentach programowo-planistycznych tj.:

- **Europejska Deklaracja Ochrony Zdrowia Psychicznego i Plan Działania** - wyraża pogląd, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego, ponieważ ma ono zasadnicze znaczenie dla poszczególnych osób, społeczeństwa, ekonomii i powinno być postrzegane, jako integralna i istotna część pozostałych obszarów polityki publicznej
- **„Zasady ochrony osób psychicznie chorych i poprawy psychiatrycznej opieki zdrowotnej”** - wydane przez ONZ w 1991 roku - mówią o podstawowych prawach, jakie należy zapewnić osobom chorym psychicznie. Zasady te powinny znaleźć zastosowanie w stosunku do wszystkich osób psychicznie chorych.
- Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pt. **„Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja”**, 2001 r. - zdrowie psychiczne zostało wskazane tutaj jako światowy priorytet zdrowia publicznego. Położono nacisk na fakt, iż zdrowie psychiczne stanowi kluczowy warunek osiągnięcia dobrostanu jednostki, społeczeństwa i państwa. Raport nawołuje do podjęcia pilnych działań w walce ze

stygmatyzacją i dyskryminacją oraz podkreśla konieczność zapewnienia efektywnej prewencji i leczenia. Raport wyznacza 10 kluczowych rekomendacji WHO:

- zapewnienie leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - zapewnienie dostępu do leków psychotropowych,
 - dostarczanie opieki w ramach wspólnot lokalnych,
 - edukacja opinii publicznej,
 - angażowanie w programy wspólnot lokalnych, rodzin i osób indywidualnych,
 - ustalanie narodowej polityki, programów i prawa,
 - rozwijanie zasobów ludzkich,
 - tworzenie sieci powiązań z innymi sektorami,
 - monitorowanie na poziomie lokalnym wskaźników zdrowia psychicznego,
 - wspieranie badań naukowych.
- **Deklaracja Helsińska Ministrów Zdrowia Krajów Europejskich pt. „Deklaracja Zdrowia Psychicznego dla Europy”**, 2005 r. zakładała między innymi:
 - stworzenie warunków do zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
 - umożliwienie właściwego funkcjonowania społecznego i osobistego ludzi doświadczających problemów psychicznych,
 - przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji jakiej doświadczają osoby chorujące psychicznie i ich rodziny,
 - opracowanie i wdrożenie systemów ochrony zdrowia psychicznego, które uwzględniają promocję, profilaktykę, leczenie i rehabilitację.
 - **Zielona Księga; Poprawa zdrowia psychicznego ludności; Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej**, 2005 r. – obejmuje pakiet propozycji, mających na celu poprawę zdrowia psychicznego ludności i strategię dla Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia psychicznego. Dokument ten stanowi tym samym zbiór najistotniejszych zadań dla reformowania polityki ochrony zdrowia psychicznego w krajach Unii Europejskiej.
 - **Spójny Plan Działania w zakresie Zdrowia Psychicznego 2013-2020** - podkreśla podstawowe znaczenie zdrowia psychicznego jako warunku osiągnięcia zdrowia przez wszystkich. Główny cel to osiągnięcie sprawiedliwości w zdrowiu poprzez powszechny dostęp do opieki zdrowotnej oraz podkreślenie roli i znaczenia prewencji.
 - **Europejski Plan Działania na rzecz Zdrowia Psychicznego** zgodnie z którym każdy ma równe szanse, by realizować dobrostan psychiczny podczas całego życia,

zwłaszcza osoby najbardziej wrażliwe i narażone na czynniki ryzyk. Osoby z problemami zdrowia psychicznego są obywatelami, których prawa człowieka są w pełni respektowane, chronione i promowane i mają prawo do pełnego poszanowania oraz bezpiecznego i efektywnego leczenia. Świadczenia opieki zdrowotnej są dostępne i osiągalne finansowo, dostępne w środowisku zgodnie z potrzebami.

Podstawy prawne aktualizacji Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022

Prowadzenie działań na rzecz poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa jest obszarem wskazanym w następujących aktach prawnych:

- 1) **ustawa o ochronie zdrowia psychicznego** z dnia 19 sierpnia 1994 roku (Dz.U. z 2020 r. poz. 685) - zakres merytoryczny ustawy obejmuje:
 - prawa pacjentów szpitala psychiatrycznego i domów pomocy społecznej,
 - ochronę praw pacjentów i zdrowia psychicznego,
 - instytucję przymusu bezpośredniego,
 - postępowanie lecznicze w stosunku do osoby leczonej za lub bez jej zgody,
 - postępowanie przed sądem opiekuńczym w sprawach określonych w powyższej ustawie,
 - ochronę tajemnicy,
 - przepisy karne.

Przepisy ogólne zawarte w I rozdziale ustawy wskazują dwa główne kierunki działań:

- promocję zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałaniu ich dyskryminacji,
- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Szczególną uwagę zwracają dwa artykuły ustawy:

- artykuł 4 – określenie działań zapobiegawczych, jakie należy podejmować zwłaszcza wobec dzieci, młodzieży, osób starszych oraz znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla zdrowia psychicznego,
- artykuł 5 – opis nowoczesnego modelu opieki zdrowotnej.

- 2) **ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi** z dnia 26 października 1982 r. (Dz. U. Nr 35, poz.230, z późn. zm.) oraz **ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii** z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.) – akty prawne koncentrujące się na zagadnieniach uzależnień, które mają bezpośredni wpływ na zdrowie psychiczne społeczeństwa.

Akty prawne stanowią podstawę do podejmowania stosownych działań legislacyjnych samorządowych organów ustawodawczych, poprzez wydawanie aktów prawa miejscowego, zmierzających do zapewnienia ochrony zdrowia psychicznego na poziomie lokalnym.

- 3) **Raport Rzecznika Praw Obywatelskich „Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki”**, maj 2014 rok – dokument określający aktualny stan ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, którego celem jest zwrócenie uwagi na dysfunkcyjny stan ochrony zdrowia psychicznego w Polsce (informacje o jego aktualnym funkcjonowaniu, zasobach i brakach).

- 4) **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego** – kolejna odsłona Programu ustanowiona przez Radę Ministrów 8 lutego 2017 roku. Obejmuje swym zakresem regulacje wobec osób 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.

Celami głównymi realizacji Regionalnego Programu są:

1. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznym wielostronnej, adekwatnej do ich potrzeb opieki,
2. prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi,
3. monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

Do celów szczegółowych i zadań Programu należą:

1. upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej:
 - a) aktualizacja wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa;
 - b) opracowanie, we współpracy z samorządami powiatów, dokumentu określającego strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map

potrzeb zdrowotnych w zakresie Centrum Zdrowia Psychicznego, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych;

- c) wspieranie wdrażania planu umiejscowienia Centrów Zdrowia Psychicznego zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa.

2. upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego;

- a) aktualizacja wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego;
- b) wspieranie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zapewnienie ciągłości działaniom skutecznym.

3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi;

- a) zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- b) aktualizacja i wdrażanie wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- c) prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej, adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi.

4. skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

- a) opracowanie lub aktualizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- b) realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych dla samorządu województwa;
- c) przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych

formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym w oparciu o informacje przekazane przez samorządy powiatowe, w wersji elektronicznej lub papierowej.

Zgodnie z treścią rozporządzenia, prowadzenie powyższych działań należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ministrów właściwych ze względu na charakter działań określonych w Programie.

Głównym założeniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest restrukturyzacja części działających podmiotów leczniczych, rozwinięcie sieci nowych podmiotów oraz utworzenie między nimi ścisłych powiązań tak, aby mieszkańcy i ich rodziny mogli uzyskać kompleksową pomoc na każdym etapie swojej sytuacji zdrowotnej. W przypadku podmiotów leczniczych, zajmujących się opieką stacjonarną i ambulatoryjną, takie przedsięwzięcie wymaga analiz i opracowań organizacyjnych i finansowych, co jest pracochłonne i czasochłonne. W wielu przypadkach konieczne jest finansowanie zewnętrzne – budżety własne samorządu i innych podmiotów nie są wystarczające. W budżecie Państwa nie przewidziano środków na zmiany strukturalne, a jedynie na zakontraktowanie usług przez NFZ. Zakres programu został rozłożony na lata i wspomniane analizy i opracowania z wytycznymi do wdrożenia będą realizowane sukcesywnie.

Dodatkowo przy opracowywaniu Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uwzględniono i wykorzystano krajowe i wojewódzkie dokumenty programowe i strategiczne takie jak:

- Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia – Cel operacyjny 1.: Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych i epidemiologicznych, cel operacyjny 1.6.: Zapewnienie właściwej opieki osobom chorym psychicznie i osobom uzależnionym,
- Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa lubuskiego 2018 r. i 2020 r.

Metodologia tworzenia dokumentu

Obowiązek opracowania Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022, wynika z zapisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 1994 roku Nr 111 poz. 535, z późn. zm.) do zadań samorządu województwa należy: tworzenie i prowadzenie zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej zgodnie z wynikającymi potrzebami, w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa.

Podstawę opracowania *Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022* stanowi diagnoza i analiza zasobów (zabezpieczenia i organizacji) opieki psychiatrycznej w województwie lubuskim uwzględniająca mapy potrzeb zdrowotnych.

Zasadniczym celem niniejszego opracowania jest wyznaczenie kierunków rozwoju lecznictwa psychiatrycznego w województwie lubuskim uwzględniające sytuację demograficzną, epidemiologiczną oraz posiadane zasoby w zakresie wyspecjalizowanej kadry medycznej, bazy lokalowej i diagnostycznej oraz nakładów na leczenie zarówno w odniesieniu do osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży.

Zadanie opracowania, aktualizowania oraz koordynowania i monitorowania realizacji Programu Zarząd Województwa Lubuskiego Uchwałą Nr 214/2943/17 z dnia 26 września 2017 roku powierzył Zespołowi Koordynującemu Realizację Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego.

Województwo lubuskie posiada duże zasoby lecznictwa psychiatrycznego stacjonarnego, a także spory potencjał na potrzeby lecznictwa ambulatoryjnego. Należy zatem dążyć do wypracowania wspólnej koncepcji zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych psychiatrycznych w latach obowiązywania NPOZP. Celem podejmowanych działań Zespołu jest polepszenie dobrostanu ludzi i ich funkcjonowania poprzez lepsze wykorzystanie sił i zasobów intelektualnych, poprzez wzmocnienie odporności psychicznej i zwiększenie ochronnej roli czynników zewnętrznych.

Program opracowano przy zastosowaniu następujących metod pracy:

- spotkania robocze z osobami wchodzącymi w skład Zespołu koordynującego realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Województwie Lubuskim;

- warsztaty z wykorzystaniem pracy plenarnej, pracy w podzespołach, pracy indywidualnej, dyskusji, prezentacji;
- spotkania ze specjalistami ds. psychiatrii oraz z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Wojewody Lubuskiego, Lubuskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Struktura programu

Opracowany *Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022* powstał, aby chronić zdrowie psychiczne oraz zredukować zdrowotne i ekonomiczne koszty zaburzeń psychicznych mieszkańców regionu. Opracowanie zostało podzielone na poszczególne obszary:

- *część diagnostyczna* - charakteryzuje obecny stan zdrowotny mieszkańców województwa, zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi,
- *część planistyczna* - zawiera założenia i kierunki rozwoju różnych form ochrony zdrowia psychicznego, precyzując cele i działania prowadzące do sprawnej realizacji założonych planów w poszczególnych zakresach tematycznych.

Do opracowania Programu wykorzystano dane statystyczne oraz informacje z poniżej wymienionych instytucji i podmiotów:

- Ministerstwo Zdrowia,
- Lubuski Urząd Wojewódzki,
- Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Zielonej Górze,
- Wojewódzki Urząd Pracy,
- Powiatowe Urzędy Pracy,
- Główny Urząd Statystyczny w Warszawie,
- Urząd Statystyczny w Zielonej Górze,
- Samorządy powiatów województwa lubuskiego,
- Jednostki psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Diagnoza województwa lubuskiego

Sytuacja demograficzna

Województwo lubuskie jest jednym z najmniejszych województw. Zajmuje powierzchnię 13 988 km². Liczba ludności województwa na koniec 2018 roku wynosiła 1 014 548 osób, co stanowiło 2,6 % mieszkańców Polski. Lubuskie, zaraz po Opolskiem jest regionem o najmniejszej liczbie mieszkańców kraju.

Tabela 1. Ludność województwa lubuskiego na tle kraju w 2018 roku

Województwa	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
POLSKA	38 411 148	18 581 886	19 829 262
Mazowieckie	5 403 412	2 585 436	2 817 976
Śląskie	4 533 565	2 185 485	2 348 080
Wielkopolskie	3 493 969	1 699 923	1 794 046
Małopolskie	3 400 577	1 650 630	1 749 947
Dolnośląskie	2 901 225	1 394 978	1 506 247
Łódzkie	2 466 322	1 175 159	1 291 163
Pomorskie	2 333 523	1 136 296	1 197 227
Lubelskie	2 117 619	1 026 225	1 091 394
Podkarpackie	2 129 015	1 042 643	1 086 372
Kujawsko-pomorskie	2 077 775	1 006 955	1 070 820
Zachodniopomorskie	1 701 030	826 996	874 034
Warmińsko-mazurskie	1 428 983	698 982	730 001
Świętokrzyskie	1 241 546	605 341	636 205
Podlaskie	1 181 533	575 870	605 663
Lubuskie	1 014 548	493 848	520 700
Opolskie	986 506	477 119	509 387

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

W 2018 roku w miastach mieszkało 658,9 tys. osób, a na wsi 355,6 tys. osób. Struktura ludności według płci nie wykazuje większych dysproporcji. W 2018 roku w województwie lubuskim mieszkało ponad 493 tys. mężczyzn i ponad 520 tys. kobiet. Kobiety stanowiły 51,3% ludności ogółem. Wskaźnik ten jest zbliżony w odniesieniu do średniej krajowej i unijnej – 51,6% stanowią kobiety, 48,4% mężczyźni. Współczynnik

feminizacji, określający liczbę kobiet przypadających na 100 mężczyzn, wyniósł 105 (w kraju – 107). Wśród ludności miejskiej wskaźnik ten wynosi – 109, a na wsi – 99.

Tabela 2. Ludność województwa lubuskiego w 2018 roku według powiatów z podziałem na subregiony

Lp.	Powiaty	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś	Ludność w miastach w % ogółu ludności
	Województwo	1 014 548	493 848	520 700	658 924	355 624	64,95
<i>Subregion Gorzowski</i>							
1	Gorzowski	71 549	35 508	36 041	24 539	47 010	34,30
2	Międzyrzecki	58 024	28 628	29 396	30 186	27 838	52,02
3	Słubicki	47 101	23 061	24 040	30 042	17 059	63,78
4	Strzelecko - drezdenecki	49 366	24 384	24 982	23 239	26 127	47,07
5	Sulęciński	35 297	17 540	17 757	14 723	20 574	41,71
6	m. Gorzów Wlkp.	123 921	58 915	65 006	123 921	0	100,00
	OGÓŁEM	385 258	188 036	197 222	246 650	138 608	64,02
<i>Subregion Zielonogórski</i>							
7	Krośnieński	55 245	27 158	28 087	28 065	27 180	50,80
8	Nowosolski	86 634	42 210	44 424	57 035	29 599	65,83
9	Świebodziński	55 840	27 347	28 493	26 784	29 056	47,97
10	Wschowski	39 065	19 282	19 783	19 557	19 508	50,06
11	Zielonogórski	75 750	37 425	38 325	33 857	41 893	44,70
12	Żagański	79 583	38 800	40 783	48 186	31 397	60,55
13	Żarski	96 876	47 016	49 860	58 493	38 383	60,38
14	m. Zielona Góra	140 297	66 574	73 723	140 297	0	100,00
	OGÓŁEM	629 290	305 812	323 478	412 274	217 016	65,51

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

Liczba mieszkańców województwa lubuskiego w rozmieszczeniu terytorialnym wykazuje duże zróżnicowanie. Ludność koncentruje się wokół dużych ośrodków miejskich: Zielonej Góry, Gorzowa Wielkopolskiego, Nowej Soli i Żar. W 2018 roku 66,5% ludności ogółem zamieszkiwało w powiatach: żarskim (96,9 tys. osób), nowosolskim (86,6 tys. osób) zielonogórskim (75,8 tys. osób), żagańskim (79,6 tys. osób), gorzowskim (71,5 tys. osób) oraz w miastach na prawach powiatu: Zielonej Górze (140,3 tys.) i Gorzowie Wlkp. (123,9 tys. osób). Odsetek ludności miejskiej w podregionie gorzowskim wyniósł 64,02, natomiast w podregionie zielonogórskim 65,51.

Średnia gęstość zaludnienia w województwie lubuskim wynosi 73 osoby/km², co daje 14. miejsce w kraju, przy średniej krajowej wynoszącej 123 osoby/km². Wskaźnik ten

wykazuje znaczne zróżnicowanie przestrzenne w województwie. W miastach na prawach powiatu jest on zdecydowanie wyższy: 504 osoby na km² w Zielonej Górze oraz 1 446 osób na km² w Gorzowie Wlkp. Niższą gęstość zaludnienia odnotowano w powiatach sulęcińskim (30 osób na km²) oraz krośnieńskim i strzelecko-drezdeneckim (po 40 osób na km²). W miastach średnia gęstość zaludnienia wyniosła 753 osoby na km² a na terenach wiejskich – 27 osób.

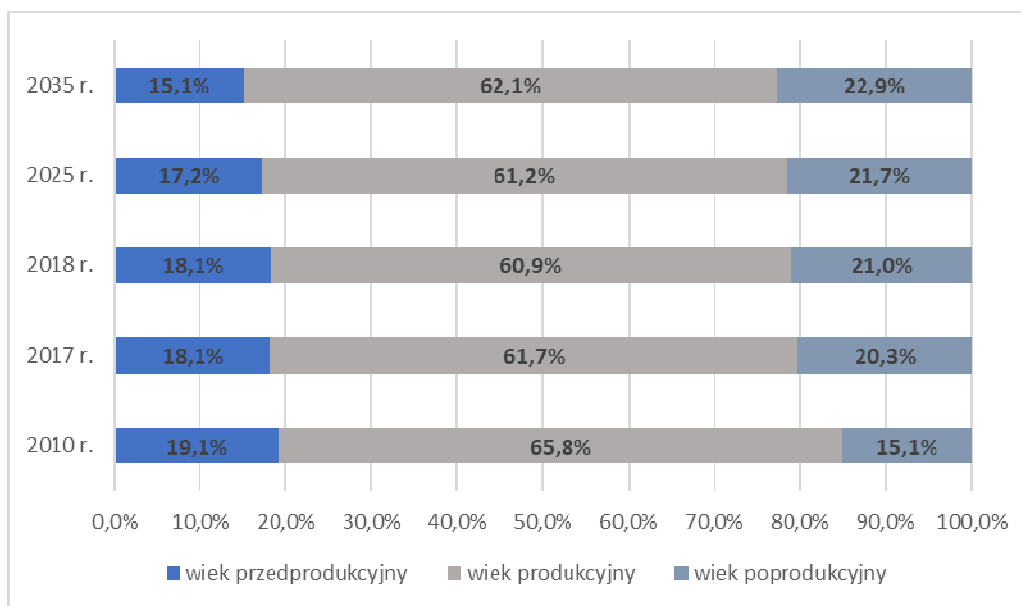
Tabela 3. Ludność województwa lubuskiego według ekonomicznych grup wieku w latach 2010-2018 oraz prognoza na lata 2025-2035

Wiek	2010 r.	2017 r.	2018 r.	2025 r.	2035 r.
Przedprodukcyjny	195 704	183 691	183 315	171 064	144 391
Produkcyjny	672 779	627 171	618 604	609 742	594 470
Poprodukcyjny	154 732	205 970	212 629	216 233	219 023

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

Powoli zmienia się potencjał ekonomiczny województwa, którego miarą jest między innymi liczba ludności w wieku zdolności produkcyjnej. W Lubuskiem udział osób w wieku przedprodukcyjnym (17 lat i mniej) w 2018 r. wyniósł 18,1%. Odsetek osób w wieku produkcyjnym (18-59/64 lat) stanowił 61%, a w wieku poprodukcyjnym (powyżej 60/65 lat) – 21%; podobnie jak na tle kraju – odpowiednio 18,1%, 60,6% i ponad 21,4 %. Wskutek zmian strukturalnych w badanych latach wzrósł współczynnik obciążenia demograficznego, tj. relacja liczby ludności w wieku nieprodukcyjnym do liczby ludności w wieku produkcyjnym. W 2018 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadały 64 osoby w wieku nieprodukcyjnym (średnia krajowa wynosi 65), to o 12 osób więcej niż w 2010 r. Powyższa tabela ukazuje, że zgodnie z prognozą w 2035 roku liczba osób w wieku produkcyjnym zmniejszy się o 11,6%. Obserwuje się wyraźną tendencję spadkową liczby osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym przy jednoczesnym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Na zwiększanie się liczby osób w wieku poprodukcyjnym wpływ ma wzrost liczebności grupy osób w sędziwym wieku (80 i więcej lat), co wynika głównie z wydłużenia dalszego trwania życia. Zmiany w strukturze wieku ludności świadczą o postępującym procesie starzenia się mieszkańców. Fakt ten potwierdza zwiększanie się wieku środkowego ludności.

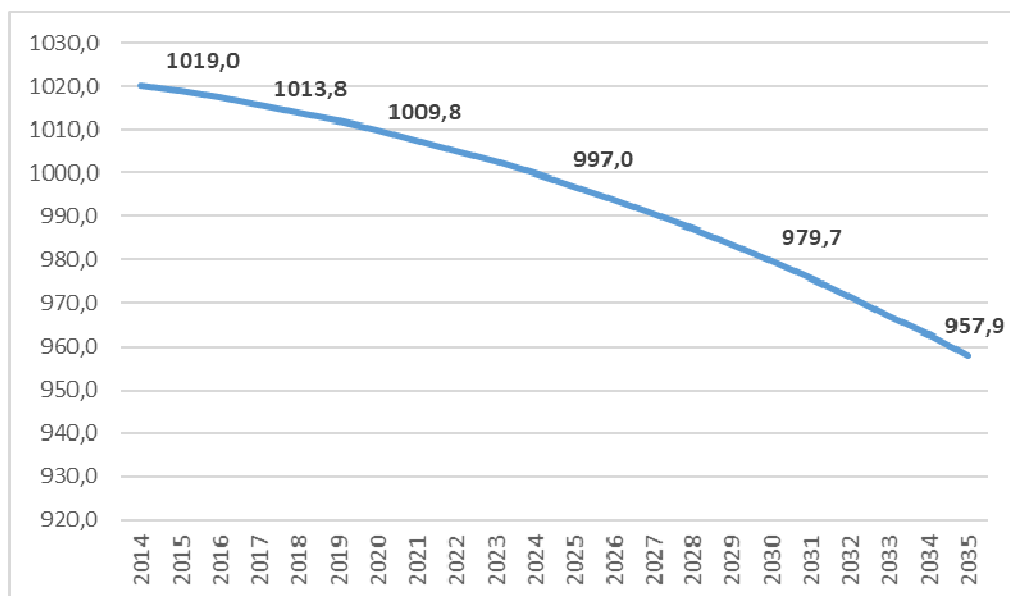
Wykres 1. Ludność województwa lubuskiego według ekonomicznych grup wieku w latach 2010-2018 oraz prognoza na lata 2025-2035



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

Przewiduje się, iż liczba ludności w wieku pracy mocno się zmniejszy, natomiast w wieku emerytalnym wzrośnie. Analiza struktury ludności według ekonomicznych grup wieku wskazuje, że w 2035 r. co czwarty Lubuszanin będzie w wieku emerytalnym. Skutkiem tego, w nadchodzących latach, pogorszy się znacznie relacja osób w wieku produkcyjnym do osób w wieku poprodukcyjnym. W 2018 r. prawie 3 osoby (2,9) w wieku aktywności zawodowej przypadały na 1 osobę w wieku 60/65 lat, w 2035 r. już tylko 2 osoby (2,7) w wieku zdolności produkcyjnej będą przypadać na 1 emeryta.

Wykres 2. Prognoza liczby ludności województwa lubuskiego do 2035 roku



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Demograficzna wizja województwa lubuskiego, która wyłania się z prognozy ludności na lata 2020-2035, nie jest optymistyczna. Przy obecnych tendencjach w ruchu naturalnym i wędrownym ludności regionu, województwo czeka stopniowy ubytek liczby ludności oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jego mieszkańców. Przewidywane zmiany wydają się być nieuchronne, gdyż wynikają z „nowej demografii” Polski. Charakteryzują ją przede wszystkim bardzo niska liczba urodzeń, utrzymująca się po gwałtownym jej spadku po wyżowym okresie połowy lat 80. ub. wieku oraz bardzo niskie wartości współczynnika dzietności.

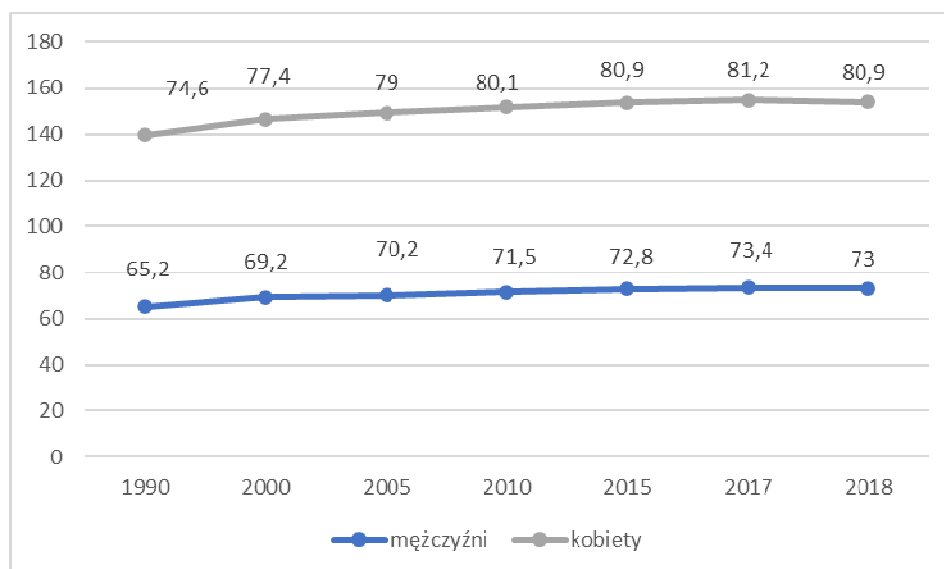
Tabela 4. Średnia długość życia Lubuszan w latach 2015-2018 według płci na tle kraju

Kategoria		2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.
Lubuskie	mężczyźni	72,8	73,0	73,4	73,0
	kobiety	80,9	81,4	81,2	80,9
Polska	mężczyźni	73,6	73,9	74,0	73,8
	kobiety	81,6	81,9	81,8	81,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

W tabeli 4 porównano średnią długość życia Lubuszan z podziałem na płeć w latach 2015-2018. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet wyniosło odpowiednio – 73 i prawie 81 lat. Różnica pomiędzy trwaniem życia mężczyzn i kobiet była widoczna i wyniosła 7,9 lat, co wskazuje na wysoką nadumieralność mężczyzn. Porównując region lubuski do całego kraju różnica ta była taka sama. W skali roku odnotowano nieznaczny spadek oczekiwanej długości życia: o 0,3 roku dla kobiet i o 0,4 roku dla mężczyzn.

Wykres 3. Przeciętne dalsze trwanie życia Lubuszan w latach 1990-2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

W ostatnich trzech dekadach obserwowano istotny postęp w wydłużaniu się przeciętnego trwania życia. Szczególnie dotyczy to mężczyzn, dla których w latach 1990-2018 średnie trwanie życia wydłużyło się o więcej niż 7,8 lat. Wyraźny postęp w wydłużaniu się przeciętnego trwania życia wynika z szeroko rozpropagowanego zdrowego stylu życia. Wyniki badań stanu zdrowia ludności pokazują, że zarówno Lubusianie, jak i mieszkańcy całego kraju, w ostatnich latach coraz lepiej się odżywiają, rośnie wśród nich odsetek osób uprawiających sport i wykonujących badania profilaktyczne (zwłaszcza wśród kobiet), spada odsetek osób palących tytoń (głównie mężczyzn). Te korzystne zmiany w stylu życia Polaków znacząco wpływają na wzrost przeciętnego trwania życia.

W 2018 r. w województwie lubuskim zarejestrowano 9,5 tys. urodzeń żywych, tj. o 833 (o 8,1%) mniej w porównaniu z poprzednim rokiem. Liczba ta jest zbliżona do roku 2003, w którym to odnotowano rekordowo małą liczbę urodzeń (9,3 tys.). Współczynnik urodzeń określający liczbę urodzeń żywych na 1000 mieszkańców obniżył się w skali roku o 0,8 punktu promilowego. Wskaźnik ten był niższy o 1,4 ‰ w porównaniu z 2010 r. (10,7 ‰).

Tabela 5. Ruch naturalny Lubuszan w latach 2010, 2015-2018

Wyszczególnienie	2010 r.	2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.
w liczbach bezwzględnych					
Urodzenia żywe	10939	9420	9734	10300	9467
Zgony	9488	10156	9955	10285	10981
Przyrost naturalny	1451	-736	-221	15	-1514
na 1000 ludności					
Urodzenia żywe	10,7	9,2	9,6	10,1	9,3
Zgony	9,3	10,0	9,8	10,1	10,8
Przyrost naturalny	1,4	-0,7	-0,2	0,0	-1,5

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

W 2018 r. w województwie, w ujęciu rocznym, wzrosła liczba zgonów – zmarło 11,0 tys. osób, tj. o 0,7 tys. więcej niż przed rokiem (wzrost o 6,8%). W porównaniu z 2010 r. było to o 1,5 tys. zgonów więcej (wzrost o 15,7%). Współczynnik zgonów (liczba zgonów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców) wyniósł 10,8‰, podczas gdy rok wcześniej 10,1‰ i 9,3‰ w 2010 r. Natężenie zgonów w miastach było wyższe (11,0‰) niż na wsi (10,4‰). W latach 2010-2016 obserwowane były naprzemienne wzrosty i spadki umieralności, utrzymujące trend wzrostowy, w kolejnych latach odnotowano wzrost umieralności.

W 2018 r. liczba zgonów była wyższa niż liczba urodzeń – zanotowano ujemny przyrost naturalny, największy w ostatnim dwudziestoleciu (minus 1,5 tys. osób). Współczynnik przyrostu naturalnego (w przeliczeniu na 1000 ludności) osiągnął poziom minus 1,5‰ (wobec 0,0‰ w 2017 r. i 1,4‰ w 2010 r.).

Sytuacja epidemiologiczna

Stan zdrowia społeczeństwa jest jednym z kluczowych wskaźników, na podstawie którego należy planować organizację opieki zdrowotnej, w tym rodzaje, wielkość i rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń medycznych.

Wśród chorób o największym znaczeniu epidemiologicznym, które przynoszą największe straty społeczne i gospodarcze, zarówno w skali ogólnoeuropejskiej, jak i poszczególnych krajów, wymieniane są schorzenia układu sercowo-naczyniowego, nowotwory oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Obecnie wymienia się je w takiej kolejności, ale prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 10-20 lat, z uwagi na rosnącą liczbę nowych chorych, pierwszą przyczyną zgonów staną się nowotwory, a choroby psychiczne i zaburzenia zachowania staną się drugim najbardziej kosztotwórczym problemem zdrowotnym Europy².

Dane europejskie Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że aż 27% Europejczyków w wieku 18-65 lat, a więc około 83 mln ludzi, przynajmniej raz w roku odczuwa objawy złego stanu zdrowia psychicznego. Do tej liczby należy dodać grupę osób 65+, która jest szczególnie narażona na ryzyko zaburzeń depresyjnych i lękowych związanych ze swoim stanem zdrowia, niesamodzielną czy samotnością. Zgodnie z danymi (WHO), zaburzenia psychiczne i behawioralne stanowią ok. 20% wszystkich stanów chorobowych w Europie.

Na całym świecie z powodu zaburzeń psychicznych cierpi ponad 450 mln ludzi, w tym aż 350 mln mieszkańców choruje na depresję. Jest to aż 5% populacji naszej planety, a co roku liczba ta się zwiększa. WHO szacuje, że epidemia dopiero nadchodzi i w ciągu najbliższej dekady depresja stanie się najczęściej występującą chorobą cywilizacyjną. Ta ogólnoustrojowa choroba cechuje się głównie obniżeniem nastroju, energii i aktywności oraz zmniejszeniem zainteresowań. Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku i przeważnie mają charakter nawracający. Depresja jest jednym z zaburzeń

² Witold Paweł Kalbarczyk, Sławomir Murawiec, Monika Kalbarczyk - Raport „Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020”, Warszawa

psychicznych uniemożliwiających prawidłowe codzienne funkcjonowanie. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że depresja, przy braku właściwego leczenia, powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót.

Zgodnie z dokumentem WHO pt. *Mental Health Action Plan 2013-2020* depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności w skali świata (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY 3). Szczególnie często występuje wśród dzieci i młodzieży, ale także wśród osób starszych³.

Jedną z istotnych kwestii związanych ze skutkami zaburzeń psychicznych są koszty społeczne i ekonomiczne. Przykładem jest tutaj schizofrenia, której objawy dotyczą wszystkich poziomów funkcjonowania człowieka. Choroba ta jest jednym z poważniejszych zaburzeń psychicznych, które nieleczone lub nieadekwatnie leczone pozbawiają osoby chore szans na naukę i pracę. Zaburzenia schizofreniczne charakteryzują się w szczególności zaburzeniami postrzegania i treści myślenia, niedostosowanym i splotym afektem, przy zachowanej jasnej świadomości i sprawności intelektu. Wymagają oprócz farmakoterapii oddziaływań psychoterapeutycznych i wsparcia społecznego. Szacuje się, że w Polsce skutki schizofrenii jednego chorego dotyczą dziesięciu osób z jego otoczenia, głównie rodziców lub współmałżonka, ale także innych krewnych i przyjaciół.⁴

Według statystyki, rozpowszechnienie zaburzeń schizofrenicznych na całym świecie wynosi ok. 1%. Tak samo często chorują mężczyźni jak i kobiety. W skali kraju w 2016 roku wskaźnik liczby leczonych i liczby leczonych po raz pierwszy na zaburzenia schizofreniczne (na 100 tys. ludności Polski) w opiece ambulatoryjnej wyniósł odpowiednio 367,4 i 33,2 osób, w opiece całodobowej odpowiednio 87,7 i 12,4. W UE natomiast zapadalność roczna to 12,4 na 100 tys. ludności. Ryzyko wystąpienia schizofrenii w ciągu całego życia (zapadalność życiowa) według różnych badań wynosi poniżej 1 %.⁵

Zdrowie psychiczne Polaków rzadko badane jest w sposób systematyczny, dlatego często brakuje aktualnych i pełnych danych. Wyniki, które aktualnie są dostępne również nie wyglądają optymistycznie. Informacje na temat kondycji psychicznej Polaków przedstawia raport z badania pt.: „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej” – EZOP Polska³³. przeprowadzonego w latach 2009-2012 na grupie 10 tys. respondentów w wieku 18-64 lata.

³ WHO Mental Health [who.int; dostęp 16.07.2018 r.]

⁴ Kulik M., Małowicka M., Mucha E., Górka A., Ziobro M., Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy, HTA Consulting, Kraków

⁵ <https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/raport-nt-schizofrenii/>

Na podstawie wyników badania EZOP w badanej próbie u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV). Wśród nich co czwarta przebadana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Grupę tych ostatnich pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, można szacować na blisko ćwierć miliona osób.

Wyniki badań opracowania pokazują, że w Polsce potencjalnymi pacjentami systemu opieki psychiatrycznej było od 6-7,5 mln osób. Największą grupę zaburzeń w Polsce stanowiły te związane z używaniem substancji psychoaktywnych – 12,8%, w tym aż 11,9% to zaburzenia będące następstwem nadużywania alkoholu. Na kolejnych miejscach są zaburzenia nerwicowe – ok. 10%, impulsywne zaburzenia zachowania – 3,5% oraz zaburzenia nastroju – 3,5%, w tym aż 3% stanowi depresja.

Badanie EZOP oszacowało również rozpowszechnienie wielu innych objawów, które obniżają jakość życia i mogą zwiastować pojawienie się zaburzeń psychicznych. Stwierdzono, że 20-30% przebadanej populacji zgłasza takie problemy, jak: obniżenie nastroju i aktywności, przewlekły lęk, drażliwość, lęki napadowe i społeczne, napady złości, trudności w koncentracji połączone z nadmierną ruchliwością. Większość tych problemów częściej ujawniają kobiety niż mężczyźni. Ponadto wskaźnik rozpowszechniania depresji u kobiet wzrasta wraz z wiekiem, natomiast u mężczyzn utrzymuje się na dość stałym poziomie. Zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa powodują, że liczba osób z zaburzeniami depresyjnymi będzie gwałtownie rosła w grupie osób 65+.

W raporcie EZOP stwierdzono również znaczne zróżnicowanie wojewódzkie w rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. Województwo lubuskie znalazło się na trzecim miejscu pod względem najwyższego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych na tle kraju (183,1 tys. zaburzeń występujących kiedykolwiek w życiu).

O tym, że zdrowie psychiczne ma istotne znaczenie w obszarze zdrowia publicznego świadczą również opublikowane przez WHO wyniki badania *Globalnego obciążenia chorobami 2016*. Według przedstawionych danych do najważniejszych przyczyn utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności należą zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, które stanowią drugą wśród mężczyzn i trzecią wśród kobiet najważniejszą grupę przyczyn odpowiedzialną odpowiednio za 17,0% i 14,4% utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności przez mieszkańców Polski. Choroby te są jednocześnie odpowiedzialne za 7,4% utraconych lat życia w zdrowiu przez polskich

mężczyzn i 6,7% przez kobiety⁶.

Według raportu Głównego Urzędu Statystycznego z 2018 roku *o zdrowiu i ochronie zdrowia* w ciągu 2017 r. wzrosła liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania. W warunkach ambulatoryjnych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się ponad 1,6 mln osób, czyli blisko 5% wszystkich Polaków, tj. o ponad 40 tys. więcej niż przed rokiem. W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych dominowały zaburzenia nerwicowe oraz nastroju (prawie 49% ogółu pacjentów). Co dziesiąty pacjent leczył się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, głównie z powodu zespołu uzależnienia, a blisko co czterdziesty – z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych. Według raportu region Lubuski, był jednym z województw, w którym odnotowano największą liczbę osób leczących się w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień (5,1 %).

Według danych Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku w województwie lubuskim odnotowano 48 586 osób z zaburzeniami psychicznymi, spośród których aż u 18 268 pacjentów (prawie 38% ogółu) zdiagnozowano zaburzenia nerwicowe związane ze stresem pod postacią somatyczną. Innymi, także częstymi zaburzeniami były: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (9 468 osób), organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (7 040 osób), zaburzenia nastroju (afektywne) (5 888 osób) oraz schizofrenia (4 878 osób). Natomiast najrzadziej występującymi schorzeniami były: całościowe zaburzenia rozwojowe oraz zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi – odpowiednio 395 i 437 osób. Niepokojąco sytuacja w regionie wygląda w grupie dzieci i młodzieży (0-18 lat), wśród których zdiagnozowano 4 111 osób z zaburzeniami psychicznymi. Najczęściej występującymi chorobami w tej najmłodszej grupie są: zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym, zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem pod postacią somatyczną oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, odpowiednio: 2 109, 940 i 318 osób.

⁶ Biechowska D., Rabceńko D., Moskaiewicz B., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania [w:], Wojtyński B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s.231.

Tabela 6. Liczba pacjentów w 2019 r. z wyszczególnieniem grup chorobowych według ICD10

Rozdział ICD10	Nazwa rozdziału	Dorosły	Dziecko
F00-F09	organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	7 026	14
F10-F19	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	9 150	318
F20-F29	schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe	4 804	74
F30-F39	zaburzenia nastroju (afektywne)	5 623	265
F40-F48	zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem pod postacią somatyczną	17 328	940
F50-F59	zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	369	68
F60-F69	zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	1 233	142
F70-F79	upośledzenie umysłowe	2 023	275
F80-F89	zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)	57	390
F90-F98	zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	65	2 109
F99-F99	nieokreślone zaburzenia psychiczne	1 234	153
Z00-Z13	osoby stykające się ze służbą zdrowia w związku z badaniami	1 931	193
Z80-Z99	osoby z potencjalnym zagrożeniem zdrowia przeszłością osobistą i rodzinną oraz pewnymi problemami wpływającymi na stan zdrowia	285	110
SUMA (niepowtarzające się numery PESEL)		44 475	4 111

Źródło: LOW Narodowego Funduszu Zdrowia

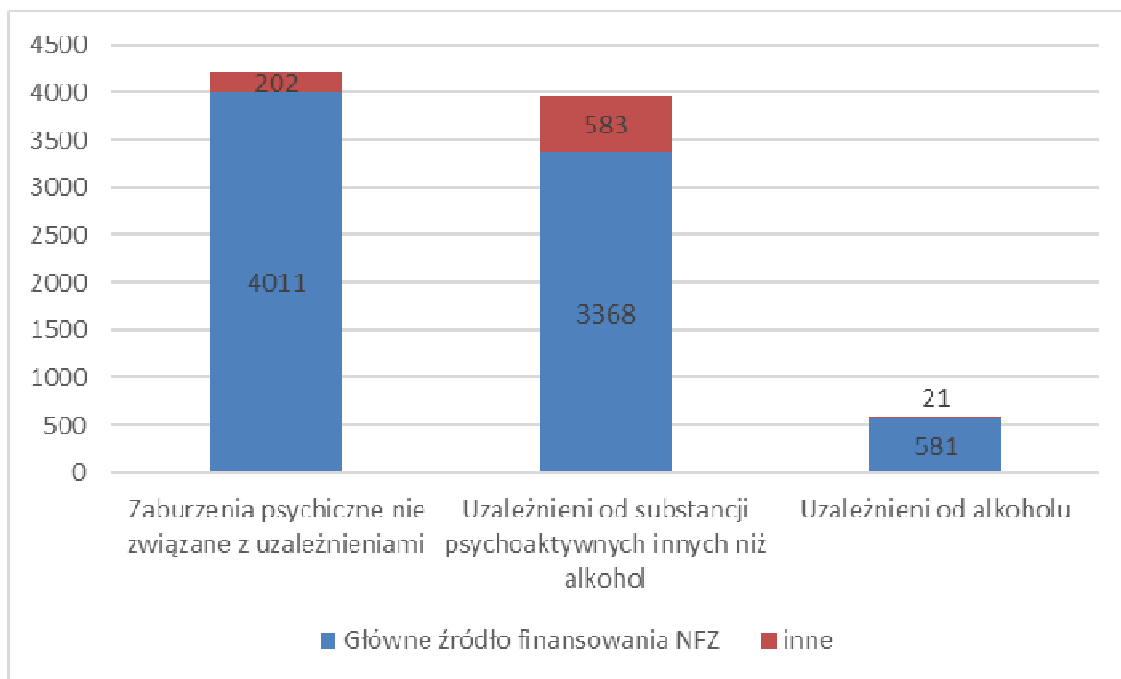
Szacuje się, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych dotyczy około 10%, populacji dzieci i młodzieży, co oznacza, że w Polsce ponad 600 tys. osób poniżej 18 r. ż. wymaga zapewnienia profesjonalnej opieki⁷.

Poniższy wykres przedstawia sytuację pacjentów do 18 roku życia leczących się na zaburzenia psychiczne w województwie lubuskim. Zgonie z danymi ze sprawozdań MZ-15 z 2019 roku aż 8766 osób wieku 0-18 lat korzystało z poradni, w której poddali się leczeniu psychiatrycznemu. W grupie tej 4213 pacjentów leczyło się na zaburzenia nie związane z uzależnieniami, 3951 osób to uzależnieni od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, a 602 to uzależnieni od alkoholu. Wśród młodych Lubuszan 7 960 pacjentów odbywało leczenie w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, a 806 osób leczyło się prywatnie.⁸

⁷ Janas-Kozik Małgorzata. "Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku. Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego." *Psychiatria* 14.1 (2017): 61-63.

⁸ Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa lubuskiego z 2020 r.

Wykres 4. Liczba pacjentów 0-18 lat według rodzaju zaburzeń w województwie lubuskim w 2019 roku



Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa lubuskiego z 2020 r.
<https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451>

Na podstawie wstępnych wyników badań prowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w ramach badania EZOP II, można stwierdzić, iż w grupie 7- 11 lat, najczęściej obserwowanymi zaburzeniami są fobie specyficzne (6,3% dzieci), tiki (2,9%), ADHD (2,5%). Z kolei w starszej populacji (12-17 lat) najczęściej obserwuje się tendencje samobójcze (5,8%), zaburzenia związane z piciem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych (5,3%), tiki (4,2%), fobie specyficzne (4,1%), depresję (3,7%), ADHD (2,1%) oraz anoreksję (2%)⁹.

Dane zamieszczone w poniższej tabeli obrazują przyczyny zgonów w województwie lubuskim w latach 2016-2018 i wskazują, że najwięcej osób umiera na choroby układu krążenia oraz nowotwory. Natomiast zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (zaraz po chorobach zakaźnych i pasożytniczych) okazują się być przyczyną najmniejszej liczby zgonów (62 osoby). W grupie tej znacznie przeważają mężczyźni (54).

⁹ Ostaszewski K., Moskalewicz J., Kucharski M., Stokwizewski J., Mental health problems among Polish children and adolescents: Preliminary results of the MINI Kid survey.

Tabela 7. Przyczyny zgonów według wybranych jednostek chorobowych w województwie lubuskim w latach 2016-2018

Przyczyny zgonów w woj. lubuskim w latach 2016-2018	2016 r.			2017 r.			2018 r.		
	M*	K**	Razem	M	K	Razem	M	K	Razem
Nowotwory	1593	1144	2737	1552	1278	2830	1514	1301	2815
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	118	159	277	116	165	281	119	186	305
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	67	9	76	46	10	56	54	8	62
Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów	57	74	131	55	89	144	61	91	152
Choroby układu krążenia	1907	2108	4015	1920	2149	4069	2018	2068	4086
Choroby układu oddechowego	285	199	484	263	228	491	328	301	629
Choroby układu trawiennego	265	150	415	256	150	406	278	169	447
Choroby układu moczowo- płciowego	55	93	148	52	61	113	60	72	132
Urazy i zatrucia według zewnątrznej przyczyny	402	140	542	391	134	525	400	111	511
Choroby zakaźne i pasożytnicze	17	23	40	24	15	39	24	9	33

*M – mężczyźni, **K – kobiety

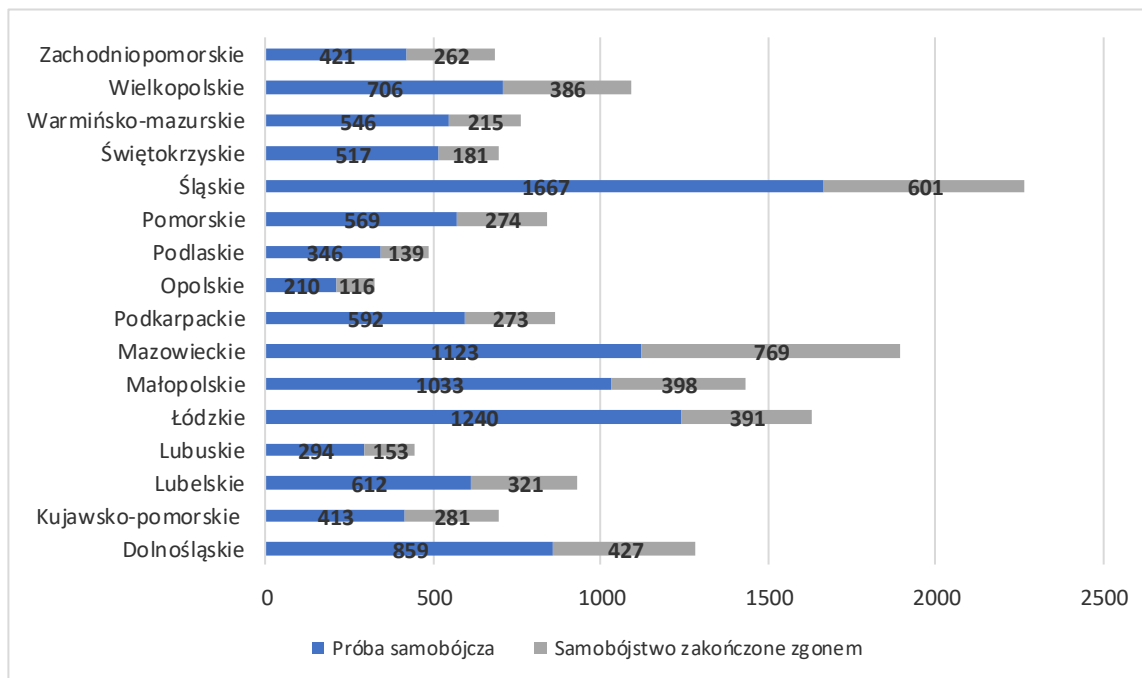
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

Analizując przedstawione dane można stwierdzić, iż pomimo bardzo nieznacznej liczby zgonów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, zachorowalność na zaburzenia sfery psychicznej dotyczy prawie 5% populacji wszystkich Lubuszan, co nie umniejsza skali problemu zdrowia psychicznego.

Samobójstwa są uznawane na całym świecie za jeden z ważniejszych problemów społecznych i zdrowotnych populacji. Często wynikają one z faktu występowania zaburzeń psychicznych wśród osób odbierających sobie życie.

W Polsce w 2018 r. śmiercią samobójczą zginęło więcej osób niż w wypadkach drogowych. Komenda Główna Policji odnotowała 11 148 prób samobójczych, z czego 5 187 (blisko 47 %) przypadków, zakończyło się zgonem (o 89 mniej niż w 2017 r.).

Wykres 5. Liczba osób w zamachach samobójczych ogółem i zakończonych zgonem w 2018 roku

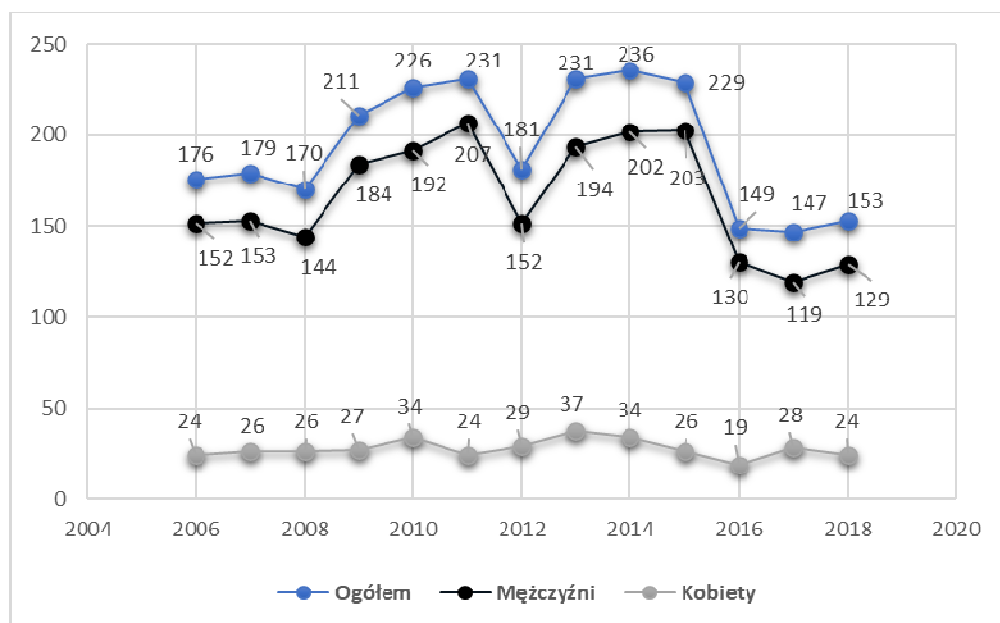


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego i Komendy Głównej Policji w Zielonej Górze

Najwięcej (769) prób samobójczych zakończonych zgonem odnotowano w województwie mazowieckim i śląskim (601). Najmniej, bo 116 w województwie opolskim.

Region lubuski jest drugim województwem (zaraz po opolskim) o najniższej liczbie prób samobójczych i zgonów nimi spowodowanych, odpowiednio 294 i 153. W tej grupie samobójców jest zdecydowanie więcej mężczyzn (228 prób, w tym 129 zakończonych śmiercią, to aż 84%).

Wykres 6. Liczba zgonów z powodu samobójstw w województwie lubuskim w latach 2006-2018 r.

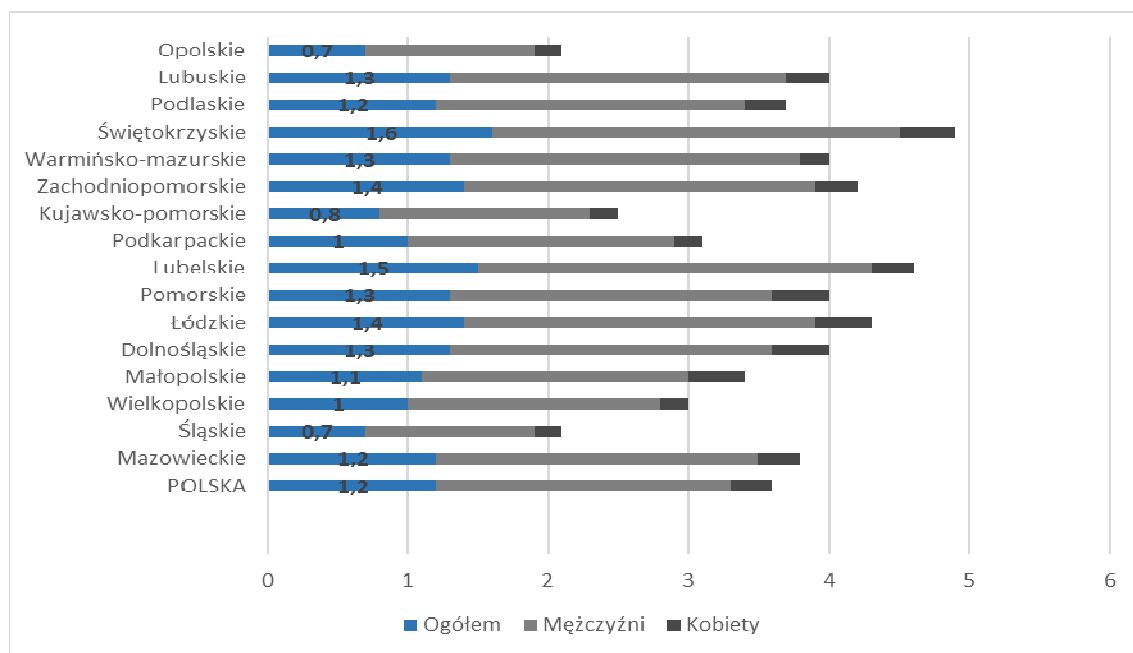


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

Analizując dane liczby zgonów spowodowanych samobójstwem w województwie lubuskim na przełomie ostatnich 13 lat, obserwuje się korzystny trend malejący, z niewielkim wzrostem w roku 2018.

W 2018 roku w kraju w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wskaźnik samobójstw usiłowanych osiągnął wartość 1,2, podczas gdy w województwie lubuskim wyniósł 1,3. Najwyższy wskaźnik (1,6) występuje w województwie świętokrzyskim, a najniższy (0,7) w opolskim i śląskim.

Wykres 7. Wskaźnik samobójstw na 10 tysięcy mieszkańców w województwach w 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

Polska od lat znajduje się w czołówce krajów, w których odnotowuje się najwyższy odsetek samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Samobójstwa stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce w tej kategorii wiekowej nastolatków¹⁰. Według statystyk prowadzonych przez Komendę Główną Policji w 2018 roku samobójstwo próbowało popełnić 772 młodych ludzi w grupie wiekowej wieku 1-18 lat (w 2017 roku 730 przypadków).

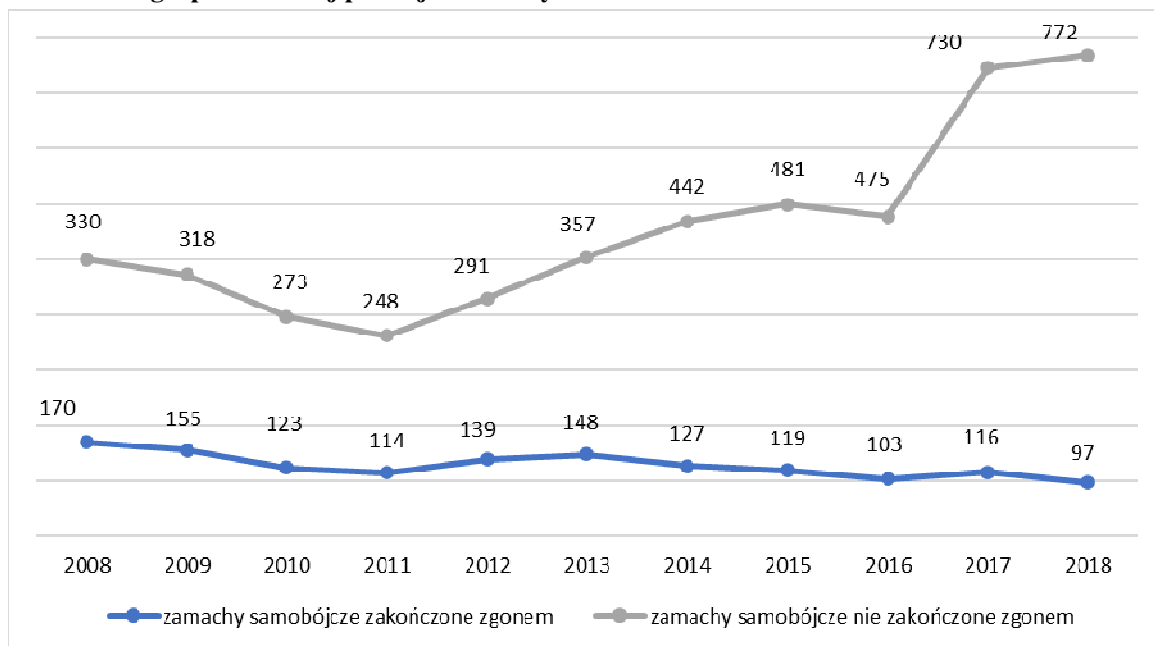
Zmniejszył się natomiast wśród młodych odsetek zgonów wskutek prób samobójczych. W 2018 roku zginęło w ten sposób 97 osób w wieku 1-18 (116 w 2017 roku). Śmierć w wyniku samobójstwa stanowi przyczynę 23% wszystkich zgonów w grupie wiekowej 1-18 lat (przyczyna śmierci 26% chłopców i 16% dziewcząt).

Poniżej na wykresie przedstawiona została liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz prób samobójczych. Wyraźny jest wzrost liczby prób

¹⁰ <https://www.pch24.pl/tragiczne-dane--w-roku-2018-odnotowano-prawie-2000-prob-samobojczych-wsrod-mlodziezy,66762,i.html>

samobójczych w omawianej grupie wiekowej. Należy jednocześnie zaznaczyć, iż dane uwzględniają jedynie te próby, o których została poinformowana Policja.

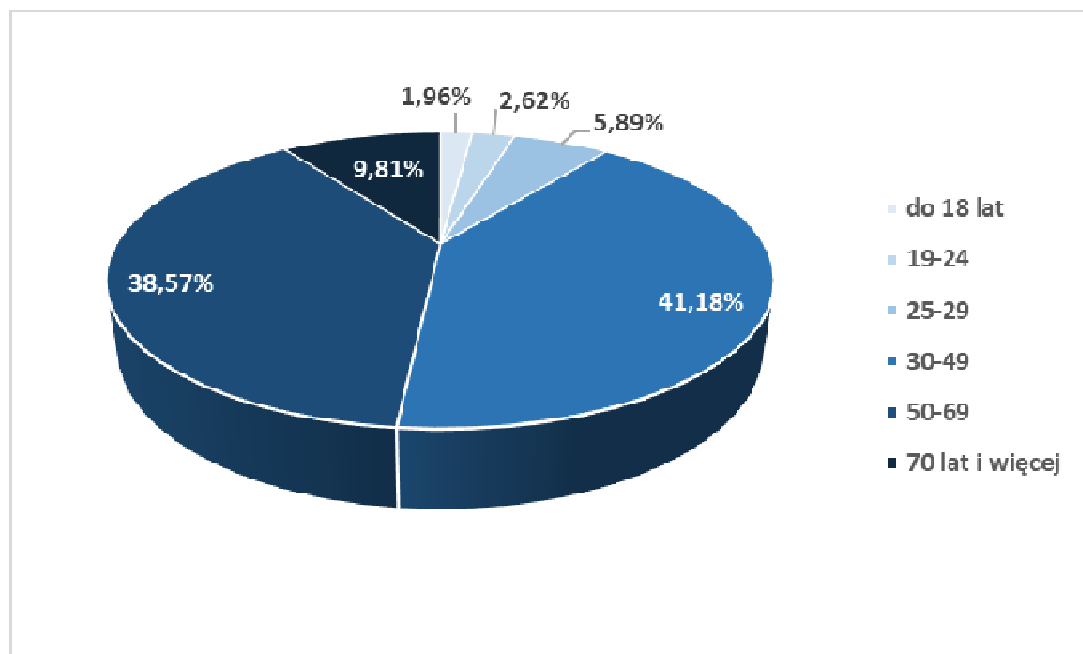
Wykres 8. Zamachy samobójcze zakończone zgonem i nie zakończone zgonem (tzw. próby samobójcze) w grupie wiekowej poniżej 18 roku życia.



Źródło: Komenda Główna Policji

W województwie lubuskim sytuacja samobójstw wśród dzieci i młodzieży również nie wygląda najlepiej. Według poniższego diagramu w 2018 roku 16 nastolatków w wieku do 18 lat próbowało popełnić samobójstwo z czego 3 próby zakończyły się śmiercią.

Wykres 9. Struktura osób w zamachach samobójczych zakończonych zgonem według wieku.



Źródło: Komenda Główna Policji

W grupie młodych ludzi w wieku 19-24 lat liczba samobójstw wyniosła 31 (4 zgony). Najczęściej na swoje życie targnęły się osoby w wieku 30-49 lat – na 127 prób samobójczych 63 zgony (41,18%).

W 5187 przypadkach zamachów samobójczych zakończonych zgonem udało się ustalić przyczynę odebrania sobie życia przez samobójcę. Należy jednak wziąć pod uwagę, że źródłem jednego zamachu może być więcej niż jedna przyczyna¹¹.

Wykres 10. Struktura osób w zamachach samobójczych zakończonych zgonem według przyczyny zamachu w 2018 roku



Źródło: Komenda Główna Policji

Mówiąc o sytuacji epidemicznej, należy także wskazać potencjalne zagrożenie dla zdrowia psychicznego będące następstwem epidemii choroby COVID-19. Epidemia wybuchła w Polsce w marcu 2020 roku i w momencie opracowywania niniejszego dokumentu – dynamicznie się rozwija. Trudne do przewidzenia są obecnie skutki takich zjawisk społeczno-gospodarczych jak lockdown, praca/nauka zdalna, odizolowanie od rówieśników, zwiększona aktywność w internecie (w szczególności w mediach społecznościowych), strach przed zakażeniem, strach przed skutkami choroby itp. należy jednak zakładać, że epidemia COVID-19 może wpłynąć w przyszłości na pogorszenie stanu psychicznego ludności.

¹¹ nie uwzględniono samobójców o nieustalonej przyczynie

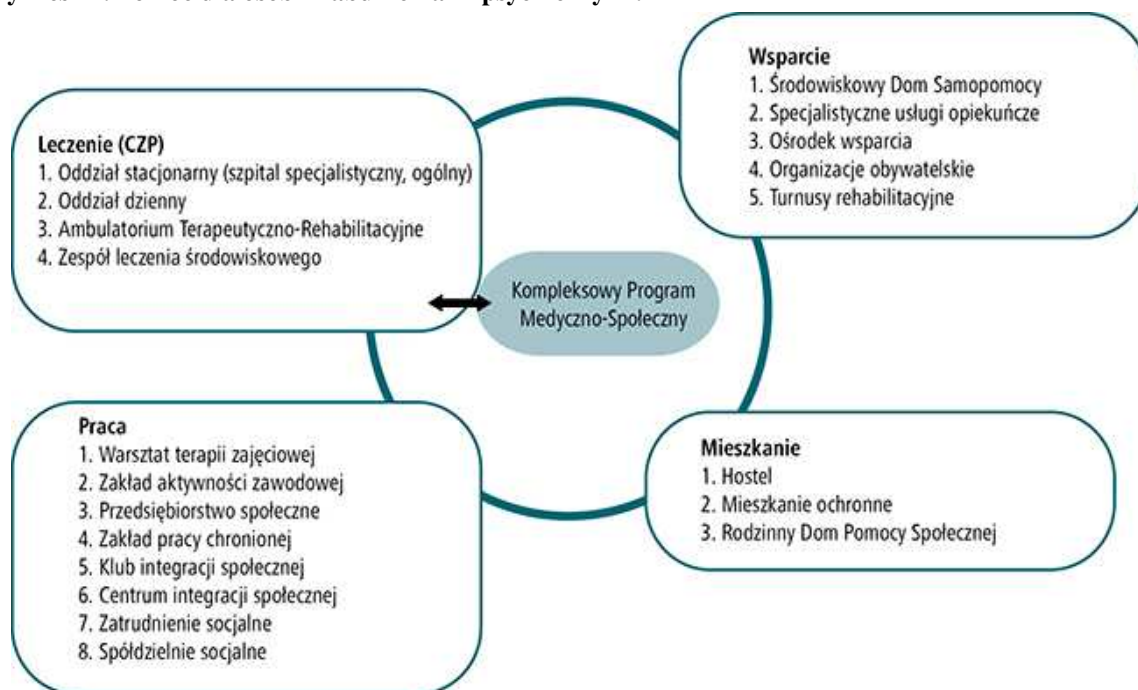
Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie lubuskim

Według raportu Głównego Urzędu Statystycznego *o zdrowiu i ochronie zdrowia* w ciągu 2018 r. na terenie kraju funkcjonowało, podobnie jak przed rokiem, 48 szpitali psychiatrycznych, dysponujących 17,5 tys. łózkami (o 1,2% mniej niż w końcu 2017 r.). Przebywało w nich 189,1 tys. pacjentów, o 3,4% (6,7 tys. osób) mniej niż w roku poprzednim. Ponadto funkcjonowało 55 placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób uzależnionych (ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR). Dysponowały one łącznie 2,4 tys. łózkami (o 0,2% mniej) i korzystało z nich 8,3 tys. osób uzależnionych (o 2,5% więcej niż w 2017 roku).

Wskaźniki dostępności do świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych i ambulatoryjnych oraz na oddziałach dziennych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, zawarte w Regionalnym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022, zgodne są z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022. W przedmiotowym programie wyróżniono 4 grupy organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej: dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych oraz dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Według założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, każda z powyższych grup powinna udzielać świadczeń w następujących trybach: stacjonarnym, dziennym oraz ambulatoryjnym.

System psychiatrycznej ochrony zdrowia w województwie lubuskim tworzą publiczne i niepubliczne podmioty realizujące świadczenia zdrowotne w zakresie opieki ambulatoryjnej, stacjonarnej i dziennej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i uzależnionych od środków psychoaktywnych. Obok tradycyjnych form specjalistycznej opieki medycznej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi - ambulatoryjnej i stacjonarnej, funkcjonują także pośrednie formy opieki, do których zalicza się zespoły leczenia środowiskowego, oddziały dzienne i hostele.

Wykres 11. Pomoc dla osób z zaburzeniami psychicznymi.



Źródło: prezentacja pt. „Psychiatria środowiskowa w województwie lubuskim. Organizacja i współpraca.”, dr n. med. Władysław Sterna, <https://www.mp.pl/pacjent/rehabilitacja/rehabilitacja-medyczna/118503,rehabilitacja-psychiatryczna> (dostęp: 11.10.2020 r.)

Lecznictwo stacjonarne

Stacjonarna opieka zdrowotna jest formą opieki medycznej sprawowana całodobowo w warunkach stacjonarnych w zakładach takich jak szpitale ogólne, psychiatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu ogólnego i psychiatrycznego, hospicja stacjonarne, oddziały opieki paliatywnej, stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, ośrodki MONAR, ośrodki leczenia odwykowego, a także krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej.

W województwie lubuskim w 2018 roku funkcjonowało:¹²:

- 5 szpitali z oddziałami psychiatrycznymi całodobowymi (Cibórz, Gorzów Wlkp., Międzyrzecz, Zabór, Żary) – mapa 1,
- 4 oddziały dzienne (Gorzów Wlkp., Międzyrzecz, Zielona Góra (2)) – mapa 2,
- 4 psychiatryczne izby przyjęć szpitala (Cibórz, Zabór, w ramach CZP: Gorzów Wlkp. i Międzyrzecz) – mapa 3,
- 1 oddział psychogeriatryczny – mapa 4,

¹² dane r. z prezentacji dr n. med. Władysława Sternego pt. „Psychiatria środowiskowa w województwie lubuskim. Organizacja i współpraca.”

Mapa 1. Rozmieszczenie szpitali z oddziałami psychiatrycznymi całodobowymi



Mapa 2. Rozmieszczenie oddziałów dziennych



Mapa 3. Rozmieszczenie psychiatrycznych izb przyjęć



Mapa 4. Rozmieszczenie oddziału psychogeriatrycznego



Legenda:



Centrum Zdrowia Psychicznego, które posiada: oddział całodobowy, oddział dzienny, PZP, Zespół leczenia środowiskowego



Podmioty działające poza strukturą CZP

Z danych zamieszczonych w tabeli 8 wynika, że w 2018 roku najwięcej leczonych pacjentów było na oddziałach: psychiatrycznych ogólnych (4 004), detoksykacji (alkoholowy) (1 748), terapii uzależnienia od alkoholu (1 081). Najmniej pacjentów z kolei przebywało na oddziałach: psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży (86), psychiatrii sądowej (96) oraz ośrodka rehabilitacyjnym dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (109).

W wyszczególnionych oddziałach szpitalnych najwyższą wartość średniego pobytu pacjenta odnotowano w zakładach opiekuńczo – leczniczych psychiatrycznych (314,1), oddziałach psychiatrii sądowej (236,2), psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (210,4) oraz psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży (202,7).

Tabela 8. Potencjał leczenia stacjonarnego w 2018 roku

Nazwa oddziału szpitalnego	Liczba łóżek rzeczywistych	Liczba leczonych	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Średni pobyt pacjenta
Zakłady opiekuńczo - lecznicze psychiatryczne (kod 5172)	524	574	94,8%	314,1
Psychiatryczne ogólne (kod 4700)	334	4004	92,6%	29,4
Rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (kod 4750)	242	666	89,4%	118,6
Terapii uzależnienia od alkoholu (kod 4744)	140	1081	86,9%	41,1
Psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (kod 4732)	107	173	93,2%	210,4
Rehabilitacji neurologicznej (kod 4306) *	86 *	678	96,7%	44,8
Terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych (kod 4746)	60	154	72,4%	102,9
Detoksykacji (alkoholowy) (kod 4742)	61	1748	88,9%	11,3
Hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (kod 2726)	50	117	63,9%	99,6
Psychiatryczny dla młodzieży	-	-	-	-
Psychiatryczny dla dzieci (kod 4701)	90	594	80,6%	44,6
Odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu	-	-	-	-
Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży (kod 4733)	47	86	101,6%	202,7
Leczenia zaburzeń nerwicowych (kod 4704)	38	208	91,8%	61,2
Psychogeriatryczne (kod 4712)	30	275	96,7%	38,5
Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psych. dla dzieci i młodzieży	-	-	-	-
Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (kod 4756)	33	109	81,6%	90,2
Rehabilitacji psychiatrycznej (kod 4702)	22	132	97,2%	59,1
Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	-	-	-	-
Detoksykacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (kod 4748)	20	465	79,2%	12,4
Leczenia uzależnień	-	-	-	-
Psychiatrii sądowej (kod 4730)	75	96	82,8%	236,2

* bez 29 łóżek rehabilitacji neurologicznej z MSWiA w Zielonej Górze z powodu braku pozostałych danych uniemożliwiających policzenie wskaźników.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

Spośród wszystkich oddziałów najwyższe średnie wykorzystanie łóżek, powyżej 95%, występuje na oddziałach: psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży, rehabilitacji psychiatrycznej, rehabilitacji neurologicznej oraz psychogeriatric. Z kolei najniższe średnie wykorzystanie łóżek odnotowano w hostelu dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz na oddziale terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych (odpowiednio: 63,9%, 72,4%).

Tabela 9. Łóżka w oddziałach szpitalnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami oraz ośrodkach opieki pozaszpitalnej na terenie województwa lubuskiego w 2018 roku

Wyszczególnienie	Łóżka ogółem	Liczba oddziałów	Liczba łóżek w publicznych ZOZ	Liczba łóżek w niepublicznych ZOZ
ogółem	1349	32	1090	259
podmioty lecznicze publiczne	1090	23	-	-
podmioty lecznicze niepubliczne	259	9	-	-
Oddziały związane z chorobami psychicznymi i uzależnieniami				
psychiatryczne ogólne (kod 4700)	334	9	278	56
psychiatryczne dla dzieci (kod 4701)	90	1	90	-
rehabilitacji psychiatrycznej (kod 4702)	22	1	22	-
psychiatryczne dla młodzieży	-	-	-	-
leczenie zaburzeń nerwicowych (kod 4704)	38	1	38	-
psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	-	-	-	-
Psychogeriatryczny (kod 4712)	30	1	30	-
psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (kod 4732)	107	2	-	107
psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży (kod 4733)	47	1	47	-
leczenia uzależnień	-	-	-	-
detoksykacji (alkoholowy) (kod 4742)	61	3	55	6
terapii uzależnienia od alkoholu (kod 4744)	140	2	140	-
terapii uzależnienia od narkotyków, substancji psychoaktywnych (kod 4746)	60	1	60	-
detoksykacji od środków psychoaktywnych (kod 4748)	20	1	20	-
rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (kod 4750)	242	3	212	30
ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psych. dla dzieci i młodzieży	-	-	-	-
oddział dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi (kod 4756)	33	1	33	-
ośrodki/zespoły opieki pozaszpitalnej	-	-	-	-
hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (kod 2726)	50	3	35	15
psychiatrii sądowej (kod 4730)	75	2	30	45

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

Na łączną liczbę miejsc w oddziałach szpitalnych w 2018 r. związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami oraz w ośrodkach opieki pozaszpitalnej na terenie województwa lubuskiego składało się aż 1 349 łóżek ogółem, z tego 1090 w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz 259 w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Spośród 32 oddziałów, na których leczeni są pacjenci, największą liczbą łóżek dysponują oddziały: psychiatryczne ogólne – 334, rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych – 242 oraz terapii uzależnienia od alkoholu – 140.

Lecznictwo ambulatoryjne

Rodzaj podejmowanego leczenia lub wsparcia uzależnione jest od potrzeb i stanu zdrowia pacjenta. Leczenie ambulatoryjne przeznaczone jest dla osób niewymagających leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Świadczeniodawca jest zobowiązany, w ramach świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, zapewnić pacjentom świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne i leki w stanach nagłych oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin. W celu skorzystania z pomocy lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii w warunkach ambulatoryjnych skierowanie nie jest konieczne. Zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej skierowanie nie jest również wymagane do świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży.

W województwie lubuskim w 2018 roku funkcjonowały, w ramach kontraktu z NFZ¹³:

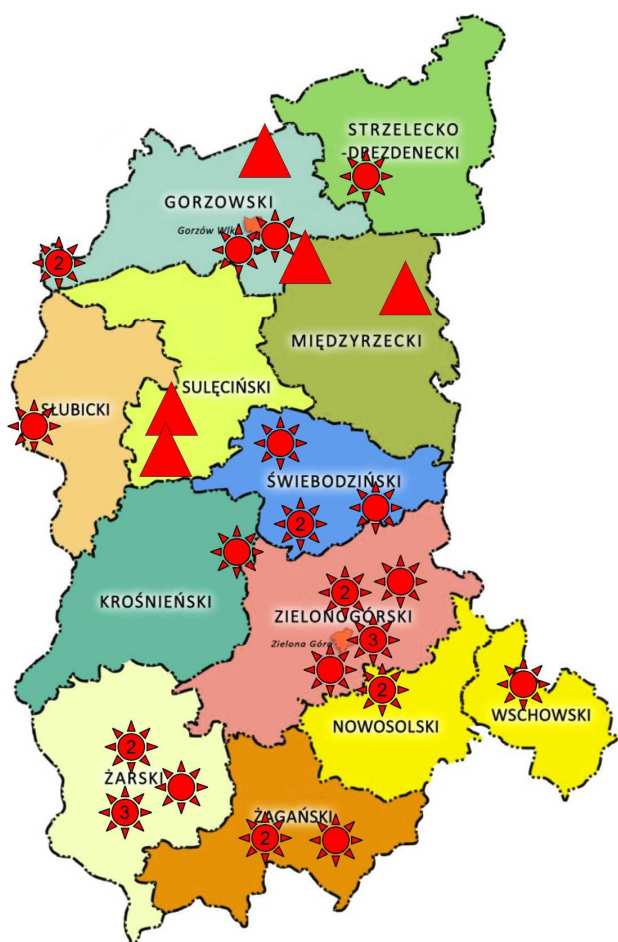
- 35 Poradni Zdrowia Psychicznego (Cibórz, Drezdenko, Gorzów Wlkp. (CZP), Gubin, Kostrzyn n/O (2), Krosno Odrz., Lubsko (2), Międzyrzecz (CZP), Nowa Sól (2), Skwierzyna (CZP), Słubice, Sulechów (2), Sulęcín (CZP), Szprotawa, Świebodzin (2), Torzym (CZP), Wschowa, Zbąszynek, Zielona Góra (3), Żagań (2), Żary (3)), dodatkowo 4 poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci (Gorzów Wlkp., Zabór, Zielona Góra, Żary) – mapa 5;
- 9 Zespołów Leczenia Środowiskowego w województwie lubuskim (Gorzów Wlkp. (CZP), Gubin, Lubsko, Międzyrzecz (CZP), Nowa Sól, Sulechów, Torzym (CZP), Zielona Góra (2)) – mapa 6;

¹³ dane z prezentacji dr n. med. Władysława Sterny pt. „Psychiatria środowiskowa w województwie lubuskim. Organizacja i współpraca.”

- 3 Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze (Cibórz, Gorzów Wlkp. (CZP), Międzyrzecz (CZP)) – mapa 7;
- 4 hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (Zielona Góra, Świebodzin, Strychy, Cibórz) – mapa 8;
- 6 Poradni Psychologicznych (Zielona Góra-2, Gorzów Wlkp.-2, Torzym, Gubin) – mapa 9.

Aktualnie według danych z LOW NFZ z dnia 17.08.2020 r. w województwie funkcjonuje 7 poradni psychologicznych w ramach kontraktu z NFZ – oprócz wskazanych powyżej powstała poradnia psychologiczna działająca w Szpitalu międzyrzeckim.

Mapa 5. Rozmieszczenie Poradni Zdrowia Psychicznego



Mapa 6. Rozmieszczenie Zespołów Leczenia Środowiskowego



Mapa 7. Rozmieszczenie Zakładów Opiekuńczo – Lecznicznych

Mapa 8: Rozmieszczenie hosteli dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych



Mapa 9. Rozmieszczenie poradni psychologicznych



Legenda:



-  Centrum Zdrowia Psychicznego, które posiada: oddział całodobowy, oddział dzienny, PZP, Zespół leczenia środowiskowego
-  podmioty działające poza strukturą CZP

Tabela 10. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w województwie lubuskim (w ramach kontraktu z NFZ i bez kontraktu z NFZ).

Liczba poradni/łóżek dla województwa lubuskiego (łącznie z MON i MSWiA)	Dostępność w województwie lubuskim		
	2016	2017	2018
Poradnia, w tym:			
- poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci (kod 1701), - poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym (kod 1708), - poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci i młodzieży (kod 1745)	7 poradni	10 poradni	9 poradni
Poradnie psychologiczne dla dzieci i młodzieży (kod 1791)	-	2 poradnie	1 poradnia
Oddziały dzienne	-	-	-
Zespoły środowiskowe	-	-	-
Oddziały szpitalne (kod 4701)	90 łóżek	90 łóżek	90 łóżek
Hostel	-	-	-
Poradnia pomocy rodzinnej	-	-	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

W wyszczególnionych w tabeli 10 rodzajach leczenia dzieci i młodzieży, możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych istnieje jedynie na oddziałach szpitalnych oraz w specjalistycznych poradniach. Oddziały szpitalne są jedyną jednostką zapewniającą minimalną dostępność do leczenia w przedmiotowym zakresie. Na terenie województwa lubuskiego brak jest możliwości świadczenia usług dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi na oddziałach dziennych, poradniach pomocy rodzinnej, w zespołach środowiskowych oraz w hostelach. Obecnie są kontraktowane ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny).

Tabela 11. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi w województwie lubuskim (w ramach kontraktu z NFZ i bez kontraktu z NFZ)

Liczba poradni/miejsc/zespołów/łóżek dla województwa lubuskiego (łącznie z MON i MSWiA)	Dostępność w województwie lubuskim		
	2016	2017	2018
Poradnia, w tym:			
- poradnia zdrowia psychicznego (kod 1700), - poradnia psychogeriatryczna (kod 1704), - poradnia leczenia nerwic (kod 1706), - poradnia seksuologiczna (kod 1780)	54 poradni	52 poradni	58 poradni
Poradnie psychologiczne (kod 1790)	20 poradni	18 poradni	18 poradni
Zespoły środowiskowe	9 zespołów	9 zespołów	9 zespołów
Zespoły interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej	-	-	-
Oddziały psychiatryczne szpitalne (kod 4700,4702,4704,4712)	466 łóżek	464 łóżka	424 łóżka
Hostel	-	-	-
Oddziały opiekuńcze ZPO, ZOL (kod 5172)	520 łóżek	520 łóżek	524 łóżka

	120 miejsc/ 2 ośrodki: - 1 ośrodek (kod 2700) psychiatryczny oddział dzienny ogólny – 70 miejsc, - 1 ośrodek (kod 2706) – oddział dzienny zaburzeń nerwicowych – 50 miejsc	120 miejsc/ 2 ośrodki: - 1 ośrodek (kod 2700) psychiatryczny oddział dzienny ogólny – 70 miejsc, - 1 ośrodek (kod 2706) – oddział dzienny zaburzeń nerwicowych – 50 miejsc	162 miejsca/ 4 ośrodki: - 3 ośrodki (kod 2700) psychiatryczny oddział dzienny ogólny – łącznie 112 miejsc, - 1 ośrodek (kod 2706) – oddział dzienny zaburzeń nerwicowych – 50 miejsc
Oddziały dzienne			

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

Według tabeli 11 w województwie lubuskim w 2018 roku funkcjonowało ogółem 58 poradni, w tym: 34 poradnie zdrowia psychicznego z kontraktem z NFZ i 21 bez kontraktu, 1 poradnia psychogeriatryczna i 1 poradnia leczenia nerwic z kontraktem z NFZ oraz 1 poradnia seksuologiczna bez kontraktu. W regionie funkcjonuje ponadto 18 poradni psychologicznych dla dorosłych (6 poradni z kontraktem z NFZ) i 1 poradnia psychologiczna dla dzieci bez kontraktu. Zdecydowanie brakuje w województwie poradni psychologicznych dla dzieci działających w ramach kontraktu z NFZ. Wśród jednostek ochrony zdrowia dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi największa liczba miejsc zapewniona jest na oddziałach opiekuńczych i psychiatrycznych. W województwie lubuskim widoczny jest od lat brak hosteli. Stosunkowo mało w regionie jest również zespołów środowiskowych (9). Ze względu na brak w województwie lubuskim miast powyżej 200 tys. mieszkańców zgodnie z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, nie ma potrzeby tworzenia zespołów interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej.

Tabela 12. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych w województwie lubuskim (w ramach kontraktu z NFZ i bez kontraktu z NFZ).

Liczba poradni/miejsc/zespołów/łóżek dla województwa lubuskiego (łącznie z MON i MSWiA)	Dostępność w województwie lubuskim		
	2016	2017	2018
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (kod 1744)	16 poradni	15 poradni	14 poradni
Poradnia leczenia uzależnień (kod 1740) (udzielane są świadczenia zarówno osobom uzależnionym od alkoholu oraz uzależnionym od substancji psychoaktywnych)	15 poradni	14 poradni	15 poradni
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu (kod: 2712)	45 miejsc/ 3 ośrodki–	37 miejsc/ 3 ośrodki	27 miejsc/ 3 ośrodki
Oddziały/pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (kod 4742)	57 łóżek	61 łóżek	61 łóżek
Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu (kod 4744)	140 łóżek	140 łóżek	140 łóżek
Hostele	-	-	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

W analizowanym okresie czasu dążono do utworzenia nowych przychodni i poradni, oddziałów dziennych i ośrodków terapii uzależnienia, aby zapewnić i zwiększyć minimalną dostępność do leczenia osobom uzależnionym od alkoholu i współuzależnionym.

Ze względu na zwiększające się zapotrzebowanie na świadczenia udzielane osobom z alkoholowym zespołem abstynencyjnym na poszczególnych oddziałach i pododdziałach liczba łóżek wzrosła z 57 w 2016 roku do 61 w 2018 roku.

W kolejnych latach, celem zapewnienia dostępności do form leczenia uzależnienia od alkoholu, planuje się utworzenie hostelu oraz poradni w powiecie zielonogórskim.

Tabela 13. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie lubuskim (w ramach kontraktu z NFZ i bez kontraktu z NFZ).

Liczba poradni/miejsc/zespołów/ łóżek dla województwa lubuskiego (łącznie z MON i MSWiA)	Dostępność w województwie lubuskim		
	2016	2017	2018
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym:			
- poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (kod 1746),	7 poradni	7 poradni	7 poradni
- poradnia antynikotynowa (kod 1742)			
Poradnia leczenia uzależnień (kod 1740) - udzielane są świadczenia zarówno osobom uzależnionym od alkoholu oraz uzależnionym od substancji psychoaktywnych)	15 poradni	14 poradni	15 poradni
Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (kod 2714 –oddział dzienny terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych)	10 miejsc/ 1 ośrodek	9 miejsc/ 1 ośrodek	8 miejsc/ 1 ośrodek
Oddziały/łóżka detoksykacyjne od środków psychoaktywnych (kod 4748)	20 łóżek	20 łóżek	20 łóżek
Oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (kod 4746, 4750, 4756)	330 łóżek	330 łóżek	335 łóżek
Hostele ambulatoryjne (kod 2726 hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych)	22 miejsca/ 2 hostele	25 miejsc/ 2 hostele	10 miejsc/ 1 hostel
Hostele stacjonarne (kod 2726)	42 miejsca	45 miejsca	50 miejsc

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

Z tabeli 13 wynika, że w ciągu ostatnich trzech lat na oddziałach i w ośrodkach terapeutycznych i rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych zwiększono o 5 łóżek. Ponadto utworzono 8 dodatkowych miejsc w hostelach stacjonarnych. W 2018 r. zakończono działalność 1 hostelu ambulatoryjnego, co spowodowało zmniejszenie liczby miejsc o ponad połowę (z 22 do 10 miejsc).

W 2018 roku liczba porad udzielanych w poradniach/gabinetach (w ramach kontraktu z NFZ i bez kontraktu) zmalała do 251 411 (o 303 mniej w stosunku do roku 2017). Największy 7% wzrost liczby udzielanych porad zarejestrowano w przypadku porad

psychologicznych. W przypadku innych terapeutów nastąpił spadek porad o 6 131 (8%) względem 2017 roku.

Tabela 14. Liczba porad udzielanych w poradni/gabinecie w latach 2017-2018

Wyszczególnienie	Liczba	
	2017	2018
Ogółem liczba wszystkich porad w tym:	251 714	251 411
Porady lekarza	124 341	127 035
Porady psychologa	46 003	49 137
Porady innego terapeuty	81 370	75 239

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

Tabela 15. Inne świadczenia zdrowotne w latach 2017-2018

Wyszczególnienie	Liczba	
	2017	2018
Psychoterapia indywidualna	11 791	12 617
Psychoterapia grupowa/rodzinna	2 949	2 560
Interwencje pracownika socjalnego	224	160
Wizyty w środowisku chorego (z wyłączeniem interwencji pracownika socjalnego)	2 239	2 887
Porady telefoniczne	4 998	4 216
Skierowanie do stacjonarnych placówek psychiatrycznych i odwykowych	1 541	1 646

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

W 2017 i 2018 roku najwięcej świadczeń z zakresu leczenia psychiatrycznego udzielono w rodzaju psychoterapia indywidualna, porady telefoniczne, a także psychoterapia grupowa/rodzinna i wizyty w środowisku chorego (z wyłączeniem interwencji pracownika socjalnego). W analizowanym okresie czasu odnotowano znaczący spadek udzielanych porad telefonicznych (w roku 2018 było ich mniej o 782 niż w 2017) oraz wzrost udzielanych psychoterapii indywidualnych (w roku 2018 odnotowano ich o 826 więcej niż w roku ubiegłym).

Zasoby systemu wsparcia społecznego w województwie lubuskim

Pomoc Społeczna i Aktywizacja Zawodowa Osób z Zaburzeniami Psychicznymi realizowana jest poprzez:

- 1) jednostki organizacyjne pomocy społecznej,
 - 2) instytucje integracji społecznej,
 - 3) instytucje rynku pracy realizujące zadania z zakresu aktywizacji zawodowej.
- 1) **Jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej** zajmującymi się pomocą społeczną kierowaną do osób z zaburzeniami psychicznymi są:

- ośrodki pomocy społecznej,
- powiatowe centra pomocy rodzinie,
- ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- domy pomocy społecznej,
- mieszkania chronione,
- rodzinne domy pomocy,
- ośrodki interwencji kryzysowej,
- hostele.

Ośrodek pomocy społecznej (OSP) to jednostka organizacyjna pomocy społecznej, której podstawowym celem jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwycięzenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby oraz możliwości. Wspieranie ich w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb, umożliwienie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka oraz w miarę możliwości doprowadzenie ich do życiowego usamodzielnienia i integracji ze środowiskiem. Działalność OPS obejmuje m.in.: przyznawanie i udzielanie świadczeń pieniężnych, pomocy rzeczowej oraz pracy socjalnej, jak również koordynację realizacji pozostałych zadań gminy z zakresu pomocy społecznej. OPS stanowią pierwsze miejsce kontaktu w przypadku zamiaru uzyskania świadczeń opiekuńczych, wsparcia w życiu codziennym lub korzystania z pomocy poza miejscem zamieszkania.

Powiatowe centrum pomocy rodzinie (PCPR) – zadania PCPR w miastach na prawach powiatu, realizują miejskie ośrodki pomocy społecznej. Celem udzielanego w tego typu jednostkach wsparcia jest pomoc osobie i rodzinie w odzyskaniu własnej zdolności i zasobów psychicznych do radzenia sobie w codziennym życiu oraz w trudnych sytuacjach życiowych. Podstawowym celem działalności PCPR jest udzielanie pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym: dzieciom, rodzinom, osobom w podeszłym wieku, chorym i niepełnosprawnym.

Ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi – według ustawy o pomocy społecznej to Środowiskowe Domy Samopomocy lub Kluby Samopomocy. Formy te przeznaczone są dla osób, które w wyniku zaburzenia niektórych funkcji organizmu, bądź zdolności adaptacyjnych, wymagają pomocy w dostosowaniu się do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Dom pomocy społecznej (DPS) to jednostka organizacyjna pomocy społecznej przeznaczona dla osób, które wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie są zdolne do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, nie mają możliwości

korzystania z opieki innych osób oraz potrzebują stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymagają leczenia szpitalnego.

Mieszkania chronione przeznaczone są dla osób, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki. Mieszkania chronione w szczególności przeznaczone są dla pełnoletnich osób z zaburzeniami psychicznymi oraz opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze, resocjalizacyjne, zakłady dla nieletnich i rodziny zastępcze. W mieszkaniach chronionych przygotowuje się osoby po kryzysie psychotycznym, przebywające pod opieką specjalistów do prowadzenia samodzielnego życia. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, integracji ze społecznością lokalną. Czas pobytu w mieszkaniach chronionych jest uzależniony od indywidualnych potrzeb osób usamodzielnianych, jednak nie powinien trwać dłużej niż 24 miesiące. W uzasadnionych przypadkach okres pobytu może ulec wydłużeniu, natomiast osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą otrzymać decyzję o skierowaniu do korzystania z tej placówki na czas nieokreślony.

Rodzinny dom pomocy to kolejna forma usług świadczonych w ramach pomocy społecznej, której zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki osobom w podeszłym wieku lub niepełnosprawnym, które mają problemy z samodzielną egzystencją, lecz nie wymagają umieszczenia w domu pomocy społecznej. Osoby prowadzące rodzinny dom pomocy zobowiązane są do świadczenia usług opiekuńczych i bytowych, zgodnie ze standardami określonymi w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy oraz do poddania się kontroli ośrodka pomocy społecznej (co najmniej raz na pół roku). Forma takiej pomocy, przeznaczona jest dla niewielkiej liczby osób (nie mniej niż trzech, nie więcej niż ośmiu), co sprzyja tworzeniu i utrzymaniu wśród jego mieszkańców rodzinnej atmosfery oraz zapewnieniu podopiecznym kontaktu ze środowiskiem zewnętrznym, w otoczeniu i bliskości rodziny oraz przyjaciół. Mieszkańcy rodzinnych domów pomocy otrzymują pomoc w zaspokajaniu podstawowych czynności życia codziennego, a także pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

2) Instytucje integracji społecznej

Dzięki rehabilitacji społecznej osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą stać się pełnoprawnymi uczestnikami życia społecznego. Aktywność zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi wiąże się z tak istotnymi elementami, jak poczucie przynależności, możliwość

nawiązywania i podtrzymania relacji społecznych czy samooceny. Praca dla tych osób jest często główną formą integracji społecznej i uczestnictwa w życiu społeczno-gospodarczym. Jej brak oznacza nie tylko brak środków finansowych, ale również deficyty psychospołeczne. Dlatego ważną kwestią jest właściwe przygotowanie instytucji działających na rzecz osób niepełnosprawnych do realizacji zadań w zakresie rehabilitacji zawodowej.

Rehabilitacją zawodową i społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi zajmują się:

- warsztaty terapii zajęciowej,
- zakłady aktywności zawodowej,
- zakłady pracy chronionej,
- centra i kluby integracji społecznej.

Zakład aktywności zawodowej (ZAZ) jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostką, utworzoną przez gminę, powiat, fundację, stowarzyszenie lub inną organizację społeczną, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych. Co najmniej 70% ogółu osób zatrudnionych w ZAZ stanowią osoby niepełnosprawne, skierowane do pracy przede wszystkim przez powiatowe urzędy pracy. ZAZ-y przeznaczone są dla osób z różnymi typami niepełnosprawności, w tym również dla osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnych intelektualnie. Są ogniwem pośrednim pomiędzy warsztatami terapii zajęciowej, a zakładami pracy chronionej i otwartym rynkiem pracy. W ZAZ zatrudniane są osoby, które w wyniku rehabilitacji nabyły już określone umiejętności zawodowe. Celem funkcjonowania ZAZ jest przygotowanie osób niepełnosprawnych do życia w otwartym środowisku, ponadto prowadzona jest rehabilitacja społeczna, zawodowa oraz w pewnym zakresie lecznicza, jednak główny nacisk kierowany jest na rehabilitację zawodową.

Zakład pracy chronionej (ZPCh) to zakład zatrudniający przez okres co najmniej 12 miesięcy nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający przez okres 6 miesięcy wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych:

- co najmniej 50%, w tym 20% osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym albo
- co najmniej 30% niewidomych/psychicznie chorych/upośledzonych umysłowo zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności.

Podstawowym celem ZPCh jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym odpowiedniej dla nich pracy, doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych. Jest to placówka przystosowana do zatrudniania osób niepełnosprawnych oraz służąca zwiększaniu aktywności zawodowej wśród osób dotkniętych

niepełnosprawnością. Warunki pracy muszą uwzględniać potrzeby osób zatrudnionych ze względu na ich stopień niepełnosprawności, poprzez przystosowanie stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz ich dostępności.

Centrum integracji społecznej (CIS) to jednostka realizująca pełen program zatrudnienia socjalnego umożliwiający walkę z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Usługi CIS skierowane są do osób, które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym wysiłkiem zaspokoić podstawowych potrzeb życiowych, trwają w ubóstwie, co w konsekwencji uniemożliwia lub ogranicza ich uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

Zgodnie z ustawą z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, oferta zatrudnienia w CIS może być skierowana do:

- bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego, uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,
- chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego.

Klub integracji społecznej (KIS) jako jedna z form zatrudnienia socjalnego, udziela osobom zagrożonym marginalizacją oraz ich rodzinom pomocy w odbudowywaniu i podtrzymywaniu umiejętności uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej, powrocie do pełnienia ról społecznych, jak również podniesieniu kwalifikacji zawodowych, jako wartości na rynku pracy. KIS działa na rzecz integrowania osób o podobnych trudnościach i problemach życiowych. Pomaga samoorganizować się ludziom w grupy, podejmować wspólne inicjatywy i przedsięwzięcia w zakresie aktywizacji zawodowej, w tym zmierzające do tworzenia własnych miejsc pracy. Klub może zostać utworzony przez gminę lub organizację pozarządową, prowadzącą reintegrację zawodową i społeczną dla osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego oraz chorych psychicznie.

3) Instytucje rynku pracy realizujące zadania z zakresu aktywizacji zawodowej.

Osoby niepełnosprawne z zaburzeniami psychicznymi, wyłączone z pracy zawodowej i innych form aktywności życiowej, mające trudności w poprawnych relacjach społecznych oraz codziennym funkcjonowaniu, mogą korzystać z różnych form rehabilitacji społecznej i zawodowej, ułatwiających podjęcie zatrudnienia.

Wojewódzkie (WUP) i powiatowe urzędy pracy (PUP) są publicznymi instytucjami powołanymi w celu realizowania usług z zakresu szeroko pojętej aktywizacji zawodowej udzielania informacji i poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego, pośrednictwa pracy oraz współpracy z pracodawcami. W strukturach WUP funkcjonują Centra Informacji i Planowania Kariery Zawodowej (CIiPKZ), które udzielają kompleksowej pomocy i wsparcia, w rozwiązywaniu problemów i przezwyciężaniu trudności dotyczących życia zawodowego. Podstawowe zadania CIiPKZ obejmują świadczenie usług w zakresie informacji zawodowej indywidualnej i grupowej, udzielanie indywidualnych porad zawodowych oraz prowadzenie grupowego poradnictwa zawodowego. PUP mogą udzielać specjalistycznego wsparcia z obszaru aktywizacji osób niepełnosprawnych, w tym poradnictwa zawodowego w postaci porad indywidualnych i grupowych, informacji zawodowej, szkoleń, pośrednictwa pracy oraz staży zawodowych. Konkretnie formy wsparcia, instrumenty aktywizacji zawodowej oraz zadania realizowane przez instytucje rynku pracy na rzecz osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi reguluje ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Dodatkowe usługi realizowane we współpracy z innymi instytucjami np.: usługa trener pracy/trener zatrudnienia wspieranego. Trener pracy/trener zatrudnienia wspieranego może realizować swoje zadania w ramach Powiatowych i Wojewódzkich Urzędów Pracy, Ośrodków Pomocy Społecznej oraz organizacji pozarządowych. Trening pracy może być realizowany zarówno jako usługa w ramach klubów integracji społecznej, jedna z metod pracy pracownika socjalnego z klientem, jako element współpracy z instytucją rynku pracy, jak również jako osobny projekt.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, której celem jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w wyniku choroby bądź urazu zagrożone są długotrwałą lub trwałą utratą zdolności do pracy, ale jednocześnie po przeprowadzeniu rehabilitacji rokują jej odzyskanie.

Na koniec 2019 roku w województwie lubuskim w ramach specjalistycznych jednostek działało:

- 23 domy pomocy społecznej,
- 47 ośrodków wsparcia, w tym 23 środowiskowe domy samopomocy i 19 klubów samopomocy skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi,
- 16 mieszkań chronionych, w tym 11 dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- 7 ośrodków interwencji kryzysowej,
- 16 jednostek specjalistycznego poradnictwa,

- 2 zakłady aktywności zawodowej,
- 18 centrów integracji społecznej,
- 9 klubów integracji społecznej.

Aktualny wykaz powyższych instytucji społecznych wraz z danymi teleadresowymi zawiera „Informator o dostępnych w województwie lubuskim formach wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi”.

Potencjał kadrowy

W Polsce obserwowany jest od wielu lat deficyt kadry specjalistycznej i środków finansowych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Jest to wynikiem zaniedbań i marginalizowania tej dziedziny ochrony zdrowia.

Według danych Okręgowych Izb Lekarskich stan zabezpieczenia kadrowego w opiece psychiatrycznej województwa lubuskiego jest zdecydowanie niewystarczający. Szczególnie wysoki deficyt kadrowy dotyczy lekarzy psychiatrów, w tym psychiatrów dzieci i młodzieży.

W 2018 roku w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Zielonej Górze zarejestrowanych było 54 lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie psychiatrii, w tym 2 osoby z dodatkową specjalizacją w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz dodatkowo 4 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. W OIL w Gorzowie Wlkp. w tym samym roku, zarejestrowanych było 43 psychiatrów, w tym 2 osoby posiadające jednocześnie specjalizację z psychiatrii dzieci i młodzieży. W tej liczbie 8 lekarzy nie wykonuje już zawodu.

Ocena aktualnego stanu zatrudnienia w opiece psychiatrycznej jest utrudniona w związku z podejmowaniem pracy przez wielu specjalistów w kilku podmiotach leczniczych jednocześnie – stąd sumowanie poszczególnych grup zawodowych jest niemożliwe. Dodatkowym utrudnieniem jest niemożność precyzyjnego ustalenia wymiaru zatrudnienia

głównych grup zawodowych, ponieważ obok umów o pracę stosowane są także inne umowy, w tym cywilno-prawne, które nie pozwalają na monitorowanie czasu pracy.

Tabela 16: Forma prowadzenia działalności i jej główne źródło finansowania w 2018 r.

Forma prowadzenia działalności leczniczej i główne źródło finansowania	Kategoria	Z	Bez
		kontraktem z NFZ	kontraktu z NFZ
	Publiczny podmiot wykonujący działalność leczniczą	20	0
	Niepubliczny podmiot wykonujący działalność leczniczą	60	32
	Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska	0	7
	Grupowa specjalistyczna praktyka lekarska	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

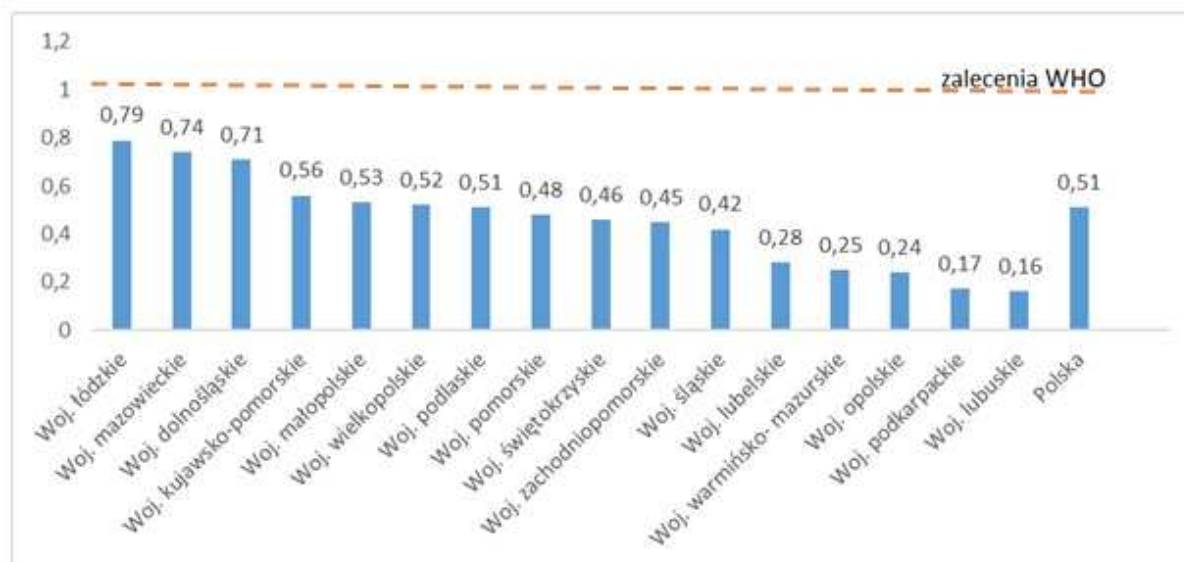
Niedobór kadry specjalistów w opiece psychiatrycznej wynika niewątpliwie ze zbyt niskiego finansowania świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień. Niewystarczający stan zabezpieczenia kadrowego w opiece psychiatrycznej może utrudnić upowszechnienie w województwie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Psychiatria dzieci i młodzieży

Szczególnie trudna sytuacja widoczna jest w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży gdzie liczba specjalistów lekarzy – psychiatrów dziecięcych jest niewystarczająca. Zawód psychiatrii dziecięcej wykonuje 441 osób w Polsce¹⁴.

Poniższy wykres przedstawia wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 10 000 osób poniżej 18 r. ż. w poszczególnych województwach. Zgodnie ze standardem WHO dla kraju o średnim poziomie dochodów 1 psychiatra dzieci i młodzieży powinien przypadać na 10 000 dzieci. Z danych wynika, że w żadnym województwie Polski standard ten nie jest spełniony, a wskaźnik ogólnokrajowy jest aż o połowę niższy od standardu WHO.

Wykres 12. Wskaźnik liczby lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży na 10 000 dzieci i młodzieży (stan na 31 grudnia 2018 r.)



Źródło: dokument pn. „Diagnoza Potrzeb Zdrowotnych i Dostępnego Wsparcia”

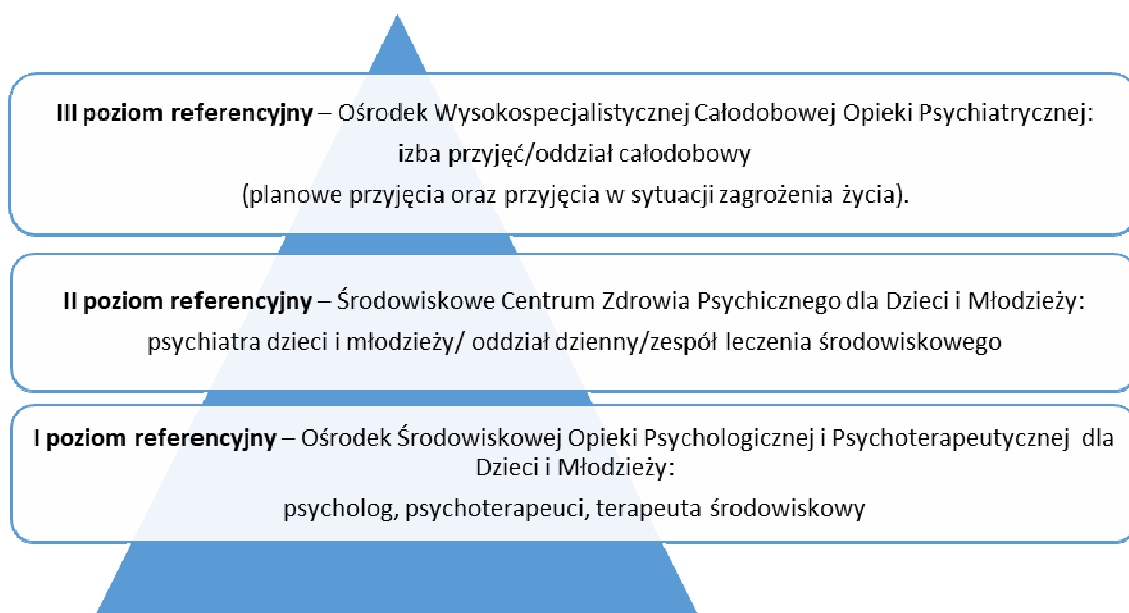
Według wystąpienia pokontrolnego Najwyższej Izby Kontroli nt. dostępności leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w 2019 r., dzieciom i młodzieży nie zapewniono równego w skali kraju dostępu do leczenia psychiatrycznego. W sytuacji, gdy dotknięte zaburzeniami psychicznymi dzieci nie otrzymają odpowiedniej opieki i wsparcia, to

¹⁴ dane Naczelna Izba Lekarska, stan na dzień 13 listopada 2019 r.

problemy, które mają, mogą trwale odcisnąć piętno na całym ich życiu. Minister Zdrowia przygotował nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wprowadzający trzy poziomy referencyjne placówek realizujących świadczenia opieki psychiatrycznej dla pacjentów w wieku rozwojowym¹⁵.

Trzeci poziom opieki, na którym obecnie faktycznie opiera się cały system opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, to wyspecjalizowane szpitale psychiatryczne. Hospitalizowani byliby w tym przypadku tylko pacjenci wymagający całodobowej opieki psychiatrycznej i terapii farmakologicznej. Po wyjściu ze szpitala zyskiwaliby oni także szanse na kontynuowanie terapii i fachową opiekę psychiatryczną w poradniach.¹⁶

Wykres 13. Nowy model opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

W opublikowanym 15 września 2020 roku raporcie NIK, krytycznie oceniony został stan opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce, a jedną z opisanych nieprawidłowości był niewystarczający poziom finansowania świadczeń. Raport wskazuje, że np. środki przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia szpitalom nie pokrywają kosztów leczenia pacjentów.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii, podkreśla również istotną rolę opieki ambulatoryjnej i dziennej nad pacjentami. Zazaczył, że obecny trend do świadczenia usług pacjentom w systemie dziennym może być trudny do zrealizowania z uwagi na niedobory

¹⁵ Wystąpienie pokontrolne NIK P/19/059 Dostępność lecznictwa psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017-2019)

¹⁶ Puls Medycyny <https://pulsmedycyny.pl/opieka-psychiatryczna-blizej-miejsc-zamieszkania-dziecka-979637>

kadrowe. W Lubuskiem obecnie pracuje za mało lekarzy psychiatrów i psychiatrów dziecięcych. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku pielęgniarek.

W województwie lubuskim występuje trudna sytuacja w zakresie dostępności do psychiatrycznych świadczeń dla dzieci i młodzieży. W regionie przede wszystkim brakuje oddziałów dziennych dla dzieci (z wyjątkiem Elfik NZOZ Ośrodka Diagnostyczno-Leczniczo-Rehabilitacyjny w Zielonej Górze – dla dzieci z autyzmem), poradni psychologicznej dla dzieci i młodzieży, poradni dla młodzieży uzależnionej (F10, F19), opieki środowiskowej i hostelu dla młodzieży. Brak możliwości przeprowadzenia postępowań w sprawie zawierania umów na powyższe świadczenia od 2019 roku uniemożliwia rozwój opieki środowiskowej i oddziałów dziennych w psychiatrii dzieci i młodzieży.

Celem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest wyrównanie dostępu do różnych form opieki psychiatrycznej. Dzisiaj pacjenci z dużych ośrodków miejskich mają ułatwioną sytuację, w przeciwieństwie do pacjentów z małych miejscowości.

Finansowanie świadczeń psychiatrycznych

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych realizowane są na podstawie umów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert albo rokowań. Przedmiotem umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień są świadczenia zdrowotne dla osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych lub uzależnienia czy współuzależnienia. Świadczenia będące przedmiotem kontraktowania i zawieranych umów są określane na dany okres rozliczeniowy w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* oraz przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia i stanowią katalog zakresów świadczeń.

Finansowanie opieki psychiatrycznej w Polsce jest na bardzo niskim poziomie (ok 3-4 % ogólnych kosztów finansowania ochrony zdrowia), podczas gdy w innych krajach Unii Europejskiej poziom ten wynosi ok. 10%. Dodatkowo nakłady na opiekę psychiatryczną w poszczególnych województwach Polski nie rozkładają się równomiernie, co pokazuje analiza wyceny świadczeń psychiatrycznych w kraju przedstawiona w poniższych tabelach. Zróżnicowanie cenowe świadczy o dowolności polityki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (centrali i poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich).

Tabela 17. Ceny stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych w 2018 r. w poszczególnych województwach

Województwo	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	Leczenie zaburzeń nerwicowych	Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia
dolnośląskie	10,70	12,00	10,00	10,00	10,70	10,70
kujawsko-pomorskie	12,50	12,50	-	11,00	-	12,45
lubelskie	11,70	15,00	11,90	11,60	14,90	12,25
lubuskie	10,65	13,04	10,18	10,36	-	11,37
łódzkie	11,60	14,75	10,30	-	-	10,70
małopolskie	11,00	11,50	10,10	13,00	-	13,00
mazowieckie	12,75	14,00	11,50	11,50	12,00	11,50
opolskie	11,55	13,50	10,00	10,00	10,10	12,70
podkarpackie	10,60	12,60	10,20	-	10,60	12,00
podlaskie	10,80	-	-	11,00	10,50	13,00
pomorskie	11,24	13,80	10,50	10,08	-	11,25
śląskie	11,50	12,00	10,00	10,20	12,00	13,00
świętokrzyskie	12,00	13,00	-	12,00	12,00	-
warmińsko-mazurskie	11,10	14,00	-	10,60	-	-
wielkopolskie	11,50	14,29	-	-	11,45	11,50
zachodniopomorskie	10,50	12,30	10,50	10,63	10,00	10,50

Źródło: Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2018-2022, opracowano na podstawie danych Departamentów/Wydziałów Zdrowia Urzędów Marszałkowskich w Polsce.

W przypadku finansowania stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w 2018 r. występuje znaczne zróżnicowanie cenowe w poszczególnych województwach. W województwie lubuskim przedmiotowe świadczenia wycenione zostały najniżej (zaraz po województwie podkarpackim), tj. na poziomie 10,65 zł, gdzie średnia cena świadczeń na poziomie kraju wynosi 11,36 zł. Cena za świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży jest zbliżona do średniej ceny świadczeń na poziomie kraju – 13,04 zł (średnia krajowa – 13,22 zł). Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej i leczenia zaburzeń nerwicowych, Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ wycenił również dosyć nisko na poziomie kraju (odpowiednio: 10,18 zł i 10,36 zł). Natomiast cena za świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia rehabilitacji psychiatrycznej w Lubuskiem wynosi 11,37 zł, przy średniej 11,86 zł.

Tabela 18. Ceny ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych w 2018 r. w poszczególnych województwach

Województwo	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	Świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju
dolnośląskie	9,00	9,00	9,00
kujawsko-pomorskie	9,00	9,50	-
lubelskie	8,48	8,89	8,56
lubuskie	9,00	12,50	8,90
łódzkie	10,00	10,00	8,91
małopolskie	8,00	9,00	8,55
mazowieckie	9,00	9,00	9,00
opolskie	8,35	9,00	-
podkarpackie	8,60	8,70	8,70
podlaskie	8,80	10,50	9,80
pomorskie	8,24	8,61	8,61
śląskie	9,00	9,80	-
świętokrzyskie	8,00	8,00	8,00
warmińsko-mazurskie	8,40	9,00	8,40
wielkopolskie	8,00	8,00	7,80
zachodniopomorskie	8,70	10,00	8,50

Źródło: Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2018-2022, opracowano na podstawie danych Departamentów/Wydziałów Zdrowia Urzędów Marszałkowskich w Polsce.

Ceny ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży w województwie lubuskim w 2018 r. wycenione zostały wyżej w porównaniu do innych województw odpowiednio: 9,00 zł i 12,50 zł, przy średniej krajowej 8,66 zł i 9,34 zł. W przypadku świadczeń dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju cena jest również wyższa od średniej krajowej i wynosi 8,90 zł.

Zgodnie z artykułem 118 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia sporządza corocznie plan finansowy Funduszu, w którym określa minimalną wysokość planowanych kosztów poszczególnych oddziałów Funduszu.

W porozumieniu z Ministrem Zdrowia oraz ministrem właściwym do spraw finansów publicznych Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 15 czerwca sporządza coroczną prognozę przychodów na kolejne 3 lata. Na potrzeby opracowania regionalnego programu posłużono się prognozą kosztów dla oddziału lubuskiego na lata 2018-2019.

Tabela 19. Prognoza i dynamika kosztów LOW NFZ na lata 2018-2019

Koszty świadczeń zdrowotnych (w tys. zł), w tym:	2019	różnica 2019/2018	dynamika
podstawowa opieka zdrowotna	320 804,00	30 951,00	10,68%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	135 936,00	11 666,00	9,39%
leczenie szpitalne	1 153 458,00	91 946,00	8,66%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	99 481,00	-2 704,00	-2,65%
Centra Zdrowia Psychicznego	21 955,00	18 392,00	516,19%
rehabilitacja lecznicza	74 404,00	11 368,00	18,03%
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	44 944,00	7 225,00	19,15%
opieka paliatywna i hospicyjna	22 226,00	2 834,00	14,61%
leczenie stomatologiczne	42 396,00	2 016,00	4,99%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	5 491,00	- 790,00	-12,58%
świadczenia odrębnie kontraktowane	74 205,00	15 326,00	26,03%

Źródło: dane z Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Zgodnie z ostateczną prognozą finansową w 2019 roku w województwie lubuskim na świadczenia zdrowotne w rodzajach: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień przeznaczonych zostało około 99 481 tys. zł. W 2018 roku w stosunku do 2019 roku wykorzystano o 2 704,00 tys. zł mniej środków finansowych na kontraktowanie świadczeń psychiatrycznych (dynamika spadku – 2,65%). W przypadku kosztów przeznaczonych na funkcjonowanie Centrów Zdrowia Psychicznego w 2019 r. zaplanowano 21 955,00 tys. zł, o 18 392,00 tys. zł więcej niż w roku poprzednim.

W tym miejscu należy przeanalizować zasady rozliczania świadczeń „migracyjnych”, udzielanych na terenie jednego z województw na rzecz pacjentów spoza tego województwa. Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ, dotyczącym rozliczeń międzyoddziałowych, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich, po zatwierdzeniu planu finansowego na rok następny, rozwiązują rezerwę na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych i wystawiają pełnomocnictwa do rozliczenia świadczeń zrealizowanych na rzecz „swoich” świadczeniobiorców dyrektorom innych oddziałów wojewódzkich. Wystawione pełnomocnictwa definiują wartość świadczeń co do rodzaju w poszczególnych oddziałach NFZ. Ponadto w przypadku wyczerpania wartości pełnomocnictwa na dany rodzaj świadczeń w danym oddziale wojewódzkim w trakcie roku, dyrektor oddziału jest zobowiązany niezwłocznie zwiększyć pełnomocnictwo do wysokości noty księgowej na niego wystawionej. Wartość pełnomocnictw jest szacowana na podstawie danych o migracji z roku poprzedzającego dokonywanie prognozy. W latach poprzednich

dane „migracyjne” przedstawiały się następująco:

Tabela 20. Migracja pacjentów związana ze świadczeniami w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2017-2019

Migracja pacjentów	2017	2018	2019	Dynamika 2018/2017	Dynamika 2019/2018
Lubuszanie leczeni w innych województwach	13 351 246,75	14 337 072,77	15 436 130,27	7,38%	7,67%
Pacjenci spoza województwa lubuskiego leczeni w tutejszych jednostkach	34 890 435,43	33 600 344,66	35 995 982,28	-3,70 %	7,13%
Saldo migracji	21 539 188,68	19 263 271,89	20 559 852,01	-10,57%	6,73%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2019 roku do województwa lubuskiego na leczenie przyjechało ponad dwa razy więcej pacjentów z innych województw niż Lubuszan, którzy korzystali ze świadczeń zdrowotnych psychiatrycznych w innych województwach. W obu przypadkach w latach 2018-2019 zaobserwowano dynamikę wzrostu migracji (odpowiednio: 7,13%, 7,67%).

Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w 2019 roku uzyskał dodatnie saldo migracji w rodzaju lecznictwa psychiatrycznego, czyli wartość świadczeń udzielonych na rzecz pacjentów spoza województwa lubuskiego jest wyższa niż wartość świadczeń, na których leczeni Lubuszanie wyjechali do innych województw.

Sytuacja jest niewątpliwie korzystna dla LOW NFZ, która świadczy o wysokim poziomie zainteresowania lubuskimi świadczeniodawcami w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, przede wszystkim opieką stacjonarną, która stanowi przeważającą część wartości świadczeń wykonanych na rzecz pacjentów z innych województw, jakością realizowanych usług medycznych oraz wysokim potencjale organizacyjnym.

Pozyskane w drodze rozliczeń międzyoddziałowych środki finansowe w drodze przesunięć w planie finansowym oddziału wojewódzkiego mogą zostać w trakcie roku przeznaczone na finansowanie innych rodzajów świadczeń. Jak obrazuje poniższa tabela Oddział Lubuski NFZ przeznacza na psychiatrię najwyższy odsetek posiadanych środków ze wszystkich oddziałów wojewódzkich. Stanowi on 5,35 % środków finansowych w całości środków finansowych przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej. Średnia procentowa w poszczególnych województwach Polski kształtuje się na poziomie około 3%.

Tabela 21. Plan finansowy poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2020 (kwoty w tys. zł)

Oddział Wojewódzki NFZ *	koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1+...+B2.21), w tym po zmianie	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (po rozdysonowaniu rezerwy na migracje)	% udział psychiatrii w całości środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej	% udział środków finansowych dla poszczególnych oddziałów w planie finansowym
Dolnośląski	7 086 339	296 749	4,19%	7,49%
Kujawsko-pomorski	5 015 784	178 123	3,55%	5,30%
Lubelski	5 209 419	206 279	3,96%	5,50%
Lubuski	2 388 609	99 059	4,15%	2,52%
Łódzki	6 394 655	199 970	3,13%	6,76%
Małopolski	8 253 894	254 850	3,09%	8,72%
Mazowiecki	13 845 312	472 138	3,41%	14,63%
Opolski	2 265 855	80 681	3,56%	2,39%
Podkarpacki	4 942 139	155 010	3,41%	5,22%
Podlaski	2 845 266	96 682	3,40%	3,01%
Pomorski	5 527 592	233 907	4,23%	5,84%
Śląski	11 260 104	433 522	3,85%	11,90%
Świętokrzyski	3 104 524	109 571	3,53%	3,28%
Warmińsko-mazurski	3 248 797	128 204	3,95%	3,43%
Wielkopolski	8 428 941	293 590	3,48%	8,91%
Zachodniopomorski	4 075 241	134 016	3,29%	4,31%
Średnia	5 868 279,44	210 771,94	3,64%	6,20%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Z powyższego zestawienia wynika, że w województwie lubuskim z 2 388 609 tys. zł kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przeznaczono 99 059 tys. zł na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, co stanowi 4,15% udziału we wszystkich kosztach. Według powyższego planu Lubuskie znajduje się na trzecim miejscu, pod względem procentowego udziału środków przeznaczonych na leczenie psychiatryczne i uzależnień (zaraz po województwach: pomorskim – 4,23% oraz dolnośląskim – 4,19%).

Poniższe tabele przedstawiają wysokość środków finansowych przeznaczonych w województwie lubuskim na leczenie psychiatryczne oraz wartości zawieranych umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w przeciągu ostatnich 4 lat.

Tabela 22. Środki finansowe (ogółem i na leczenie psychiatryczne) przeznaczane przez LOW NFZ na 1 ubezpieczonego rocznie w 2019 r.

Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ	wartość planu finansowego (tys. zł)	liczba ubezpieczonych	środki finansowe ogółem na 1 ubezpieczonego (zł)	środki finansowe na leczenie psychiatryczne na 1 ubezpieczonego (zł)
	2 268 516	907 762	2 499,02	109,59

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Tabela 23. Wartość zawartych umów w latach 2016-2019 przez Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

2016	2017	2018	2019
110 177 504,83	115 462 169,76	121 198 253,84	118 525 198,36
Dynamika wzrostu	4,80%	4,97%	-2,21%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Z 2 499,02 zł przeznaczonych w 2019 roku na leczenie 1 ubezpieczonego, 109,59 zł dedykowanych było na leczenie psychiatryczne. W tym samym roku Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ zawarł umowy o wartości 118 525 198,36 zł w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (o 2,21% mniej niż roku poprzednim). Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień świadczenia gwarantowane można podzielić na następujące grupy udzielania świadczeń :

1) w warunkach stacjonarnych:

- leczenie psychiatryczne,
- leczenie uzależnień,
- w ramach izby przyjęć;

2) w warunkach dziennych:

- psychiatryczne,
- leczenie uzależnień;

3) w warunkach ambulatoryjnych:

- psychiatryczne i leczenie środowiskowe (domowe) ,
- leczenie uzależnień.

W każdej z tych grup jest szereg zakresów świadczeń kontraktowych, dla których określono wymagania zarówno dotyczące kwalifikacji jak i liczby personelu oraz warunków realizacji świadczeń. W oparciu o przedmiotowe rozporządzenie Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje zarządzenia określające zasady finansowania świadczeń gwarantowanych.

Zarządzenie Prezesa stanowi podstawę przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów.

Wojewódzki program zwiększenia dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Działania w obszarze opieki psychiatrycznej w województwie lubuskim powinny być zgodne z zapisami obowiązującego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Według Programu niezbędnym kierunkiem zmian jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, co ma być realizowane poprzez szereg działań takich jak: upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, dostępność do różnych form pomocy i oparcia społecznego, możliwość skorzystania z różnych form aktywizacji zawodowej oraz koordynacja dostępnych form opieki i pomocy.

Priorytetem dla opieki psychiatrycznej województwa lubuskiego jest rozwijanie leczenia ambulatoryjnego i opieki środowiskowej na rzecz leczenia stacjonarnego. Należałoby zadbać o zwiększenie i równomierne rozmieszczenie Zespołów Leczenia Środowiskowego oraz Poradni Psychologicznych. Nagłącą potrzebą województwa lubuskiego jest również pozyskanie specjalistycznej kadry świadczącej usługi psychiatryczne, w szczególności w zakresie psychiatrii dziecięcej. Problemem jest niedobór aktywnie pracującej kadry psychiatrycznej i psychologicznej oraz brak hosteli dla osób dorosłych i dzieci i młodzieży.

Sieć centrów zdrowia psychicznego

Zgodnie z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, w kraju planuje się szereg przekształceń, polegających na odejściu od szpitalno-centrycznego modelu na rzecz opieki środowiskowej. Jednocześnie opieka stacjonarna powinna być oferowana przede wszystkim przez oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, ze względu na większą dostępność oraz zminimalizowanie zjawiska stygmatyzacji pacjentów korzystających z leczenia psychiatrycznego.

W ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022 wdrożony został pilotażowy program psychiatrii środowiskowej. W całej Polsce powstają centra zdrowia psychicznego. W połowie 2018 roku, dzięki zmianom w *ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z 2017 roku*,

uruchomiono w kraju 27 centrów zdrowia psychicznego. Każde z nich ma obowiązek zapewnienia chorym opieki szpitalnej, ambulatoryjnej, środowiskowej i dziennej na swoim terenie, za który odpowiada. Najczęściej jest to powiat lub dwa powiaty.

Centrum zdrowia psychicznego jest ośrodkiem, którego zadaniem jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form i pomocy niezbędnych w środowisku rodzinnym i społecznym. Głównym założeniem CZP jest deinstytucjonalizacja, czyli odejście od zamkniętego leczenia w szpitalach na rzecz opieki w środowisku pacjenta, tak bym mimo problemów ze zdrowiem psychicznym nadal mógł pracować, uczyć się funkcjonować w swym dotychczasowym otoczeniu. Centrum zapewnia i koordynuje pomoc psychiatryczną, psychologiczną oraz psychoterapeutyczną dorosłym mieszkańcom (powyżej 18. roku życia).

Celem działania centrum zdrowia psychicznego jest wprowadzenie nowoczesnego, sprawdzonego modelu opieki psychiatrycznej, który ma za zadanie:

- poprawę jakość leczenia psychiatrycznego – jego dostępność, ciągłość i skuteczność, ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji, a tym samym kosztów opieki psychiatrycznej,
- uruchomienie inicjatyw i zasobów społecznych lokalnej społeczności,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu osób chorych psychicznie,
- zapewnienie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Struktura Centrum składa się z części szpitalnej oraz ambulatoryjnej. W części szpitalnej działają Oddziały Psychiatryczne Ogólne i Izba Przyjęć Szpitala. W skład części ambulatoryjnej wchodzi: Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny, Oddział Psychiatryczny Dzienny, Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego), Poradnia Zdrowia Psychicznego.

Wykres 14. Struktura Centrum Zdrowia Psychicznego



Źródło: <https://blogoschizofrenii.wordpress.com/>

W ramach swojej działalności centra oferują: konsultacje psychiatryczne, konsultacje i poradnictwo psychologiczne, psychoterapię indywidualną i grupową, regularnie superwizowane, grupy wsparcia, a w razie potrzeby profesjonalne leczenie farmakologiczne, terapeutyczne, konsultacje rodzinne oraz inne formy pomocy.

Leczenie w centrum odbywa się według indywidualnego planu terapeutycznego, koordynowanego we współpracy z asystentami zdrowienia. Do Punktu Zgłoszeniowo-Koordinacyjnego działającego w ramach centrum może zgłosić się każda osoba bez skierowania. Zakłada się, że każdy kto zgłosi się do centrum z problemem uzyska odpowiednią pomoc w ciągu najpóźniej 72 godzin.

Centra Zdrowia Psychicznego w województwie lubuskim

W województwie lubuskim funkcjonują dwa centra zdrowia psychicznego: w Gorzowie Wlkp. przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim i w Międzyrzeczu przy Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych. Docelowo, biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców regionu, mają powstać jeszcze trzy centra, co pozwoli na zapewnienie ciągłości opieki w środowisku pacjenta.

I. Centrum Zdrowia Psychicznego w strukturach Samodzielnego Publicznego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu

Celem działania Centrum Zdrowia Psychicznego jest wprowadzenie nowoczesnego, sprawdzonego modelu opieki psychiatrycznej, który ma za zadanie:

- poprawę jakość leczenia psychiatrycznego – jego dostępność, ciągłość i skuteczność,
- ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji, a tym samym kosztów opieki psychiatrycznej,
- uruchomienie inicjatyw i zasobów społecznych lokalnej społeczności,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu osób chorych psychicznie,
- zapewnienie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Centrum Zdrowia Psychicznego w strukturach Samodzielnego Publicznego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu zapewnia i koordynuje pomoc psychiatryczną, psychologiczną i psychoterapeutyczną dorosłym mieszkańcom powiatu międzyrzeckiego i sulęcińskiego. Struktura Centrum składa się z części szpitalnej oraz ambulatoryjnej. W części szpitalnej działa Oddział Psychiatryczny Ogólny i Izba Przyjęć Szpitala.

W skład części ambulatoryjnej wchodzi:

- 1) Oddział Psychiatryczny Dzienny - oddział koedukacyjny, który dysponuje 12 miejscami. Funkcjonuje na zasadzie społeczności terapeutycznej, zajmuje się diagnostyką, leczeniem, terapią i rehabilitacją osób powyżej 18 roku życia - nie wymagających leczenia w trybie całodobowym tylko w warunkach opieki dziennej, z następującymi chorobami i zaburzeniami psychicznymi: psychozy endogenne, zaburzenia afektywne, zaburzenia na podłożu organicznym, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia osobowości.

Zajęcia w Oddziale Dziennym odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach od 07:00 do 14:00, a następnie pacjenci wracają do swojego środowiska, domu, rodziny. Pobyt w Oddziale Dziennym ma służyć poprawie stanu psychicznego Pacjenta, redukcji objawów chorobowych, a także aktywizacji i pomocy w podjęciu aktywności społecznej oraz zawodowej. W trakcie pobytu w Oddziale pacjentom oferowane są następujące usługi medyczno-terapeutyczne:

- psychoterapia indywidualna i grupowa,
- specjalistyczna opieka lekarska, porady lekarza psychiatry,
- specjalistyczna opieka pielęgniarska,
- treningi poznawcze – ćwiczenia pamięciowe, na spostrzegawczość oraz usprawniające percepcję,
- treningi umiejętności społecznych,
- treningi asertywności i komunikacji,
- treningi inteligencji emocjonalnej,
- zajęcia psychoedukacyjne,
- terapia zajęciowa,
- arteterapia- zajęcia plastyczne, rękodzieło itp.,
- ludoterapia - zajęcia wykorzystujące gry i zabawy,
- filmoterapia - zajęcia wykorzystujące różnego rodzaju sztukę filmową
- biblioterapia - zajęcia grupowe z książką,
- zajęcia relaksacyjne połączone z muzykoterapią,
- psychorysunek,
- treningi kulinarne,
- zajęcia sportowe dostosowane do wieku i sprawności ruchowej pacjenta,
- spacer, wycieczki i zajęcia w terenie.

Pacjenci kierowani są z lecznictwa ambulatoryjnego/PZP lub po zakończeniu leczenia

w oddziale stacjonarnym. Dobór zajęć i metod oddziaływań rehabilitacyjnych uwzględnia aktualny stan psychiczny, możliwości fizyczne, poznawcze i poziom społeczno-kulturalny pacjenta. Efektywne połączenie leczenia farmakologicznego z leczeniem psychospołecznym utrwała poprawę objawową, zmniejsza deficyty, poprawia wsparcie emocjonalne, rozbudza odpowiedzialność za własne leczenie, poprawia umiejętności społeczne i kontakty w rodzinie.

2) Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego), w ramach którego wykonywane są wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, czynności pielęgniarstwa oraz interwencje socjalne.

3) Poradnie psychiatryczne:

- **Poradnia Zdrowia Psychicznego w Międzyrzeczu,**
- **Poradnia Zdrowia Psychicznego w Skwierzynie,**
- **Poradnia Zdrowia Psychicznego w Sulęcinie,**
- **Poradnia Zdrowia Psychicznego w Torzymiu.**

Do podstawowych zadań Poradni należy:

- udzielanie porad specjalistycznych,
- organizowanie i prowadzenie działalności zapobiegawczo-leczniczej,
- prowadzenie dokumentacji medycznej, a także bieżącej analizy i sprawozdawczości,
- wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze, przedmioty ortopedyczne, środki techniczne,
- współpraca z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa, Ordynatorami, innymi komórkami i sekcjami organizacyjnymi Szpitala,
- udział w szkoleniach i doszkalać się pracowników poradni.

4) Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny

Do zadań Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego należy:

- udzielanie informacji o zakresie działania Centrum Zdrowia Psychicznego i możliwości,
- uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej,
- udzielenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych,
- uzgadnianie z pacjentem terminu przyjęcia ze wskazaniem miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego w przypadkach pilnych,
- udzielenie informacji na temat miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia

z zakresu pomocy, społecznej, w przypadkach tego wymagających,

- udzielenia świadczenia w zakresie opieki zdrowotnej w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego.

Centrum Zdrowia Psychicznego dysponuje odrębnością organizacyjną, pozwalającą na planową realizację specyficznych zadań opieki psychiatrycznej. Struktura Centrum tworzy system, którego zadaniem jest zapewnienie ciągłości opieki i leczenia psychiatrycznego adekwatnie do potrzeb pacjentów z zaburzeniami psychicznymi z obszaru objętego działalnością tj. powiatu międzyrzeckiego i sulęcińskiego.

Oddział dzienny funkcjonuje bardzo dobrze. Centrum nie ma trudności kadrowych. Jeden Punkt Zgłoszeniowo Konsultacyjny jest w zupełności wystarczający do obsługi pacjentów.

II. Centrum Zdrowia Psychicznego w strukturach Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. sp. z o. o.

Centrum zapewnia i koordynuje pomoc psychiatryczną, psychologiczną oraz psychoterapeutyczną dorosłym mieszkańcom Gorzowa Wielkopolskiego (116 tys. dorosłych mieszkańców, stan na październik 2018 r.). CZP oferuje wszystkie formy pomocy - funkcjonują w nim całodobowe oddziały męski i damski oraz oddział dzienny, gdzie przychodzą pacjenci i uzyskują pomoc farmakologiczną i terapeutyczną na miejscu.

W skład gorzowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego wchodzi:

- Oddział Psychiatryczny Ogólny (Męski i Żeński) – leczenie stacjonarne,
- Oddział Psychiatryczny Dzienny – leczenie w trybie dziennym,
- Zespół Leczenia Środowiskowego – leczenie z dojazdem do domu pacjenta,
- Poradnie Zdrowia Psychicznego na terenie Gorzowa Wlkp. – leczenie ambulatoryjne, w tym:
 - Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych – Zespół Szpitalny,
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Zdrowia Psychicznego Marta Szczygielska-Dzwończyk,
- Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Dworcowa",
- Instytut Zdrowia Psychicznego "Para Familia".

Oddział psychiatryczny dzienny, dysponujący 28 łózkami (zdolny obsłużyć maksymalnie 30 osób), obsługuje pacjentów CZP, którzy chętnie korzystają z tej formy pomocy. Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny działa w godzinach przedpołudniowych

przy Poradni Zdrowia Psychicznego, natomiast w godzinach popołudniowych w Izbie Przyjęć Szpitala. W strukturze Centrum działają dwa Zespoły Leczenia Środowiskowego. Pacjenci nie zgłaszają problemu z dojazdem, ponieważ Centrum znajduje się na jednym, małym obszarze – terytorium miasta Gorzów Wlkp. I kwartał 2019 roku bilansuje się finansowo. Centrum planuje poszerzenie oferty aktywizującej pacjentów w zakresie rehabilitacji, terapii zajęciowej oraz integracji chorych pacjentów ze zdrowymi intelektualnie. W planach ujęto również otwarcie drugiego Punktu Zgłoszeniowo-Koordynującego w celu usprawnienia obsługi pacjentów.

Koncepcja utworzenia kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego w województwie lubuskim

Aby utworzyć centrum zdrowia psychicznego zabezpieczyć trzeba różne formy opieki psychiatrycznej, począwszy od opieki ambulatoryjnej, opieki dziennej, środowiskowej, całodobowej, doraźnej. Szpitale, na bazie których planowane jest utworzenie kolejnych centrów, spełniają wszystkie kryteria, jakie są niezbędne, żeby zostać zakwalifikowanym do programu pilotażowego Ministerstwa Zdrowia utworzenia czp, przejść pozytywnie weryfikację i móc podpisać kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Mapa 10. Plan rozmieszczenia Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa lubuskiego



Zielonogórskie Centrum Zdrowia Psychicznego

Obecnie prowadzone są przygotowania do utworzenia Zielonogórskiego Centrum Zdrowia Psychicznego. W lipcu 2020 r. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Ciborzu wysłał do Ministerstwa Zdrowia deklarację swojego udziału w programie pilotażowym Centrum Zdrowia Psychicznego.

Zielonogórskie Centrum Zdrowia Psychicznego zapewni kompleksową opiekę psychiatryczną (ambulatoryjną, środowiskową, dzienną, doraźną i całodobową) dla dorosłych mieszkańców na obszarze jego działania. Osoba w kryzysie potrzebująca pomocy będzie mogła uzyskać pomocy bez skierowania i wcześniejszej rejestracji.

Pierwszy kontakt i konsultacja dyżurnego specjalisty (psycholog, pielęgniarka psychiatryczna, psychoterapeuta, terapeuta środowiskowy, pracownik socjalny itp.) odbędzie się w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym i tam zostanie opracowany dla niego wstępny plan zdrowienia. Planowane formy wsparcia w ramach Centrum to:

- 1) opieka ambulatoryjna (Zielona Góra, ul. Chopina 9) – Poradnia Zdrowia Psychicznego (w ramach PZP funkcjonuje PZ-K), czynna w dni powszednie w godzinach 8:00 – 18:00;
- 2) opieka środowiskowa (Zielona Góra, ul. Chopina 9) – Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego) na obszarze działania Centrum (wizyty domowe);
- 3) opieka dzienna (Zielona Góra, ul. Chopina 9) – Oddział Dzienny Psychiatryczny (program terapeutyczny trwa 12 tygodni) – czynny w dni powszednie 8:00 – 14:00;
- 4) opieka doraźna (Szpital w Ciborzu, Izba Przyjęć-budynek nr 7, parter) – Oddziały Psychiatryczne Ogólne (pomoc w sytuacjach kryzysowych) – czynne całą dobę przez 7 dni w tygodniu;
- 5) opieka całodobowa (Szpital w Ciborzu) – Całodobowe Oddziały Psychiatryczne Ogólne – czynna całą dobę.

Ponadto rekomenduje się utworzenie dwóch centrów na południu województwa:

- I. **Krośnieńsko-Świebodzińskie Centrum Zdrowia Psychicznego** – na bazie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Ciborzu, Poradni Psychologicznych i Poradni Zdrowia Psychicznego (działających w ramach NFZ), a także podmiotów niepublicznych oraz jednostek organizacyjnych oferujących pomoc społeczną i aktywizację zawodową osób zaburzeniami psychicznymi funkcjonujących na terenie powiatu krośnieńskiego i świebodzińskiego;
- II. **Żarskie Centrum Zdrowia Psychicznego** – na bazie 105. Kresowego Szpitala

Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Żarach, Poradni Psychologicznych i Poradni Zdrowia Psychicznego (działających w ramach NFZ), a także podmiotów niepublicznych oraz jednostek organizacyjnych oferujących pomoc społeczną i aktywizację zawodową osób zaburzeniami psychicznymi funkcjonujących na terenie powiatu żarskiego i żagańskiego.

Cele i zadania

Zgodnie z treścią rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022* realizacja celów i zadań zawartych w NPOZP, należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ministrów właściwych ze względu na charakter działań określonych w Programie. W związku z powyższym *Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022* opierał się będzie na priorytetach zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Do głównych zadań Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego należą:

1. tworzenie, w zależności od potrzeb i posiadanych możliwości organizacyjno-finansowych, lokalnych Centrów Zdrowia Psychicznego, również dla dzieci i młodzieży, zapewniających mieszkańcom powiatu lub gminy kompleksową, środowiskową, stacjonarną i niestacjonarną opiekę w zakresie zdrowia psychicznego;
2. rozpowszechnienie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej - spójnego systemu opieki i pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi. Warunkiem prawidłowego działania modelu, a tym samym pełne funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku lokalnym jest współpraca resortu zdrowia z instytucjami edukacji, pracy i pomocy społecznej oraz zintegrowane działania w tym obszarze;
3. pozyskanie specjalistycznej kadry świadczącej usługi psychiatryczne, w szczególności w zakresie psychiatrii dziecięcej i psychologii klinicznej;
4. upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego – promocja zdrowia psychicznego i poprawa kondycji psychicznej mieszkańców województwa lubuskiego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu;
5. wsparcie organizacji pozarządowych (III sektora) działających na rzecz osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Źródło finansowania

Wszystkie koszty związane z wdrażaniem i realizacją zadań przewidzianych w *Regionalnym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022*, zgodnie z treścią rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, należą do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego i finansowane będą ze środków będących w dyspozycji Województwa Lubuskiego.

Główne źródła finansowania zadań wynikających z niniejszego Programu pochodzić będą z:

- środków finansowych pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia,
- środków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego,
- własnych środków finansowych podmiotów medycznych,
- środków budżetu państwa,
- środków pochodzących z PFRON,
- środków pochodzących z Funduszy Europejskich (UE).

Monitoring

Monitoring Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022 będzie procesem systematycznego zbierania i analizowania liczbowych i jakościowych informacji na temat wdrażania Programu i ma zapewnić jego zgodność z wcześniej zatwierdzonymi celami i zadaniami.

Monitoring i ewaluacja realizacji Programu pozwoli na ocenę bieżącej sytuacji oraz podejmowanie kolejnych niezbędnych działań, jakie należy zmodyfikować lub wdrożyć w dążeniu do osiągnięcia założonych celów.

Wszystkie podmioty realizujące zadania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2016-2020 zobligowane są do przesyłania Ministrowi Zdrowia - rocznych sprawozdań z wykonania zadań wynikających z NPOZ w terminie do 15 maja każdego roku.

Sprawozdanie z realizacji Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022 wykonywane będzie po zakończeniu jego realizacji, w roku 2023.

Spis tabel, wykresów, map

Tabele:

Tabela 1. Ludność województwa lubuskiego na tle kraju w 2018 roku – s. 14;

Tabela 2. Ludność województwa lubuskiego w 2018 roku według powiatów z podziałem na subregiony – s. 15;

Tabela 3. Ludność województwa lubuskiego według ekonomicznych grup wieku w latach 2010-2018 oraz prognoza na lata 2025-2035 – s. 16;

Tabela 4. Średnia długość życia Lubuszan w latach 2015-2018 według płci na tle kraju – s. 18;

Tabela 5. Ruch naturalny Lubuszan w latach 2010, 2015-2018 – s. 19;

Tabela 6. Liczba pacjentów w 2019 r. z wyszczególnieniem grup chorobowych według ICD10 – s. 24;

Tabela 7. Przyczyny zgonów według wybranych jednostek chorobowych w województwie lubuskim w latach 2016-2018 – s. 26;

Tabela 8. Potencjał leczenia stacjonarnego w 2018 roku – s. 34;

Tabela 9. Łóżka w oddziałach szpitalnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami oraz ośrodkach opieki pozaszpitalnej na terenie województwa lubuskiego w 2018 roku – s. 35;

Tabela 10. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w województwie lubuskim – s. 39;

Tabela 11. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi w województwie lubuskim – s. 39-40;

Tabela 12. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych w województwie lubuskim – s. 40;

Tabela 13. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie lubuskim – s. 41;

Tabela 14. Liczba porad udzielanych w poradni/gabinecie w latach 2017-2018 – s. 42;

Tabela 15. Inne świadczenia zdrowotne w latach 2017-2018 – s. 42;

Tabela 16. Forma prowadzenia działalności leczniczej i jej główne źródło finansowania w 2018 roku – s. 48;

Tabela 17. Ceny stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych w 2018 r. w poszczególnych województwach – s. 52;

Tabela 18. Ceny ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych w 2018 r. w poszczególnych

Województwach – s. 53;

Tabela 19. Prognoza i dynamika kosztów LOW NFZ na lata 2018-2019 – s. 54;

Tabela 20. Migracja pacjentów związana ze świadczeniami w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2017-2019 – s. 55;

Tabela 21. Plan finansowy poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2020 – s. 56;

Tabela 22. Środki finansowe (ogółem i na leczenie psychiatryczne) przeznaczane przez LOW NFZ na 1 ubezpieczonego rocznie w 2019 r. – s. 57;

Tabela 23. Wartość zawartych umów w latach 2016-2019 przez Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – s. 57.

Wykresy:

Wykres 1. Ludność województwa lubuskiego według ekonomicznych grup wieku w latach 2010-2018 oraz prognoza na lata 2025-2035 – s. 17;

Wykres 2. Prognoza liczby ludności województwa lubuskiego do 2035 roku – s. 17;

Wykres 3. Przeciętne dalsze trwanie życia Lubuszan w latach 1990-2018 – s. 18;

Wykres 4. Liczba pacjentów 0-18 lat według rodzaju zaburzeń w województwie lubuskim w 2019 roku – s. 25;

Wykres 5. Liczba osób w zamachach samobójczych ogółem i zakończonych zgonem w 2018 roku – s. 27;

Wykres 6. Liczba zgonów z powodu samobójstw w województwie lubuskim w latach 2006-2018 r. – s. 27;

Wykres 7. Wskaźnik samobójstw na 10 tysięcy mieszkańców w województwach w 2018 r. – s. 28;

Wykres 8. Zamachy samobójcze zakończone zgonem i nie zakończone zgonem (tzw. próby samobójcze) w grupie wiekowej poniżej 18 roku życia – s. 29;

Wykres 9. Struktura osób w zamachach samobójczych zakończonych zgonem według wieku – s. 29;

Wykres 10. Struktura osób w zamachach samobójczych zakończonych zgonem według przyczyny zamachu w 2018 roku – s. 30;

Wykres 11. Pomoc dla osób z zaburzeniami psychicznymi – s. 32;

Wykres 12. Wskaźnik liczby lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży na 10 000 dzieci i młodzieży (stan na 31 grudnia 2018 r.) – s. 49;

Wykres 13. Nowy model opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży – s. 50;

Wykres 14. Struktura Centrum Zdrowia Psychicznego – s. 59.

Mapy:

Mapa 1. Rozmieszczenie całodobowych oddziałów psychiatrycznych – s. 33;

Mapa 2. Rozmieszczenie oddziałów dziennych – s. 33;

Mapa 3. Rozmieszczenie psychiatrycznych izb przyjęć – s. 33;

Mapa 4. Rozmieszczenie oddziałów psychogeriatrycznych – s. 33;

Mapa 5. Rozmieszczenie Poradni Zdrowia Psychicznego w województwie lubuskim – s. 37;

Mapa 6. Rozmieszczenie Zespołów Leczenia Środowiskowego w województwie lubuskim – s. 37;

Mapa 7. Rozmieszczenie Zakładów Opiekuńczo – Lecznicych w województwie lubuskim – s. 38;

Mapa 8. Rozmieszczenie Hosteli dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie lubuskim – s. 38;

Mapa 9. Rozmieszczenie poradni psychologicznych w województwie lubuskim – s. 38;

Mapa 10. Plan rozmieszczenia Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa lubuskiego do realizacji w latach następnych – s. 64.