



PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO¹

(projekt – lipiec 2000)

MENTAL HEALTH PROGRAMME

(project – July 2000)

Zespół autorów z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
pod kierunkiem prof. dr hab. STANISŁAWA PUŻYŃSKIEGO:

dr WŁODZIMIERZ A. BRODNIAK,
doc. dr hab. CZESŁAW CZABAŁA,
prof. dr hab. STANISŁAW DĄBROWSKI,
dr WOJCIECH KŁOSIŃSKI,
mgr WANDA LANGIEWICZ,
dr med. BOŻENA PIETRZYKOWSKA

¹ Najnowsza wersja projektu programu oczekującego na nadanie mu rangi dokumentu państwowego, odpowiedniej do wagi ustaleń dotyczących przyszłego kształtu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

SPIS TREŚCI

- I. Diagnoza sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego w Polsce – analiza socjomedyczna
- II. Stan obecny w zakresie prewencji pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia
 - A. Promocja zdrowia i prewencja pierwszego stopnia
 - B. Prewencja drugiego i trzeciego stopnia (leczenie i rehabilitacja)
- III. Program promocji zdrowia psychicznego i prewencji pierwszego stopnia
 - A. Cele programu
 - B. Zadania i metody ich realizacji
- IV. Program opieki zdrowotnej i innych form pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi (prewencja drugiego i trzeciego stopnia)
 - A. Cel i zadania
 - B. Środki i metody realizacji zadań
 1. Realizacja ustaw regulujących zagadnienia zdrowia psychicznego
 2. Działania legislacyjne
 3. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi
 4. Poprawa poziomu psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej
 - 4.1. Zwiększenie liczby kadr
 - 4.2. Poprawa poziomu wykształcenia kadr
 - 4.3. Poprawa dostępności i zróżnicowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych
 - 4.3.1. Opieka środowiskowa
 - 4.3.2. Opieka całodobowa
 - 4.4. Poprawa dostępności i zróżnicowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży
 - 4.4.1. Opieka środowiskowa
 - 4.4.2. Opieka całodobowa
 - 4.5. Poprawa dostępności i zróżnicowania odwykowej opieki zdrowotnej dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych
 - 4.5.1. Opieka środowiskowa
 - 4.5.2. Opieka całodobowa
 - 4.6. Poprawa dostępności i zróżnicowania odwykowej opieki zdrowotnej dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych
 - 4.6.1. Opieka środowiskowa
 - 4.6.2. Opieka całodobowa
 - 4.7. Poprawa ciągłości i jakości opieki
 5. Zwiększenie roli placówek pomocy społecznej, resortu edukacji, stowarzyszeń pozarządowych i innych form pomocy
 - V. Prewencja czwartego stopnia: badania naukowe i rozwój systemów informacji zdrowotnej

I. DIAGNOZA SYTUACJI I ZAGROŻEŃ DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W POLSCE: ANALIZA SOCJOMEDYCZNA

Zmiany społeczne, polityczne, a szczególnie ekonomiczne, istotnie wpływają na stan zdrowia psychicznego społeczeństwa. Proces integrowania się z gospodarką światową, swoboda podróżowania i wymiany informacji, rozszerzenie praw obywatelskich, wolne wybory, pluralistyczny system polityczny i społeczny kreują nowe szanse i możliwości rozwojowe dla społeczeństwa polskiego. Z drugiej strony dokonująca się w Polsce transformacja ustrojowa jest związana ze wzrostem dotychczasowych i pojawianiem się nowych zagrożeń dla zdrowia psychicznego w wymiarze jednostkowym i społecznym.

1. W drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych zarejestrowanych w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej kształtuje się rocznie na poziomie ok. 1900 na 100 tys. ludności. W poradniach zdrowia psychicznego i odwykowych leczono ponad 800 tys. osób, co stanowi blisko 2% całej ludności Polski.

W opiece szpitalnej w tym samym czasie rejestrowano rozpowszechnienie na poziomie 401 osób na 100 tys. ludności. W całodobowych zakładach psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej leczono w okresie roku ponad 155 tys. osób, z których większość była jednocześnie zarejestrowana i leczona w opiece ambulatoryjnej.

Liczba zachorowań na zaburzenia psychiczne w latach 1970–1998 wykazuje tendencję wzrostową, w poradniach wzrosła o 53%, w szpitalach o 67%. W latach 1990–1998 obserwuje się wzrost zachorowalności na zaburzenia psychiczne w lecznictwie ambulatoryjnym o 27%, w lecznictwie szpitalnym o 30,5%.

Brak odpowiedniego zróżnicowania rodzaju placówek i udzielanych usług powoduje, że świadczenia opieki psychiatrycznej są nieadekwatne do potrzeb wielu pacjentów. Odnosi się to zwłaszcza do opieki szpitalnej, którą dla znacznej części chorych należałoby zastąpić formami pośrednimi, co gwarantowałoby bardziej skuteczną, a zarazem tańszą pomoc. Około 20% leczonych w szpitalach psychiatrycznych przebywa tam wyłącznie ze względów społecznych (brak mieszkania, brak opieki rodziny w domu itp.). Nie można ich jednak wypisać ze szpitali, ponieważ brak jest zakwaterowania chronionego (hosteli, środowiskowych domów samopomocy – pomoc mieszkaniowa).

W grupie zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu w latach 1990–1998 występuje wzrost pierwszych przyjęć (zachorowalność) do lecznictwa szpitalnego o 42,5% oraz o 36% pierwszych przyjęć w lecznictwie ambulatoryjnym. W grupie zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem innych substancji psychoaktywnych (środki narkotyczne) nastąpił w tych latach znaczny wzrost współczynników zachorowalności – w lecznictwie ambulatoryjnym o 24%, a w lecznictwie szpitalnym aż o 67%.

2. W latach 1985–1988 średnie roczne spożycie alkoholu w Polsce ustabilizowało się na poziomie 7 litrów 100% alkoholu na 1 mieszkańca. W latach 1989–1991 nastąpiła liberalizacja i prywatyzacja obrotu alkoholem oraz zmniejszenie kontroli państwa nad jego podażą. W związku z tym oficjalne statystyki nie rejestrują podaży znacznych ilości alkoholu, szczególnie z importu. Według szacunkowych danych w latach dziewięćdziesiątych spożycie alkoholu wzrosło o ok. 40–45% i wynosiło ok. 10 litrów 100% alkoholu na 1 mieszkańca. W latach 1990–1998 obserwuje się zmianę w strukturze spożycia w kierunku coraz większej proporcji w globalnym spożyciu alkoholi niskoprocentowych, zwłaszcza piwa, którego rejestrowana konsumpcja szybko rośnie, przede wszystkim wśród młodzieży. W latach 1995–1998 ambulatoryjnie leczono rocznie ok. 120 tys., a w szpitalach 46 tys. osób uzależnionych od alkoholu, ale rzeczywistą liczbę uzależnionych eksperci szacują od

- 700 tys. do ok. 1 miliona osób. W rodzinach osób uzależnionych od alkoholu żyje od 2 do 3 miliona dorosłych i dzieci, a według szacunków ok. 70% ofiar przemocy domowej pochodzi z rodzin z problemem alkoholowym.
3. Znaczny wzrost w latach 1990–1998 współczynnika pierwszych przyjęć osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (bez uzależnienia od alkoholu), wskazuje na zwiększenie używania przede wszystkim nielegalnie produkowanych środków psychoaktywnych. Do najczęściej używanych należą opiaty, środki wziewne i amfetamina. Występuje także problem nadużywania leków nasennych, uspokajających i przeciwbólowych. W drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych liczbę uzależnionych szacowano na 29–48 tys. osób. W leczeniu psychiatrycznym i odwykowym w latach 1995–1998 leczyło się rocznie 7–12 tys. osób regularnie nadużywających środki psychoaktywne. Trendy epidemiologiczne odnoszące się do uzależnień od środków psychoaktywnych (oprócz alkoholu) ilustruje wzrost wskaźnika przyjętych do leczenia szpitalnego: w 1993 r. – 9,8 osób na 100 tys. ludności, a w roku 1998 – 15,8 osób, wyraźne tendencje wzrostowe dotyczą też liczby pacjentów pierwszorazowych zgłaszających się z tym problemem; w 1993 r. – 1505 osób, a w 1998 r. – 3115 osób.
 4. Ze zjawiskiem narkomanii w Polsce wiąże się problem zdrowotny o wielorakich i znaczących implikacjach natury społecznej, etycznej i politycznej, mianowicie choroba AIDS. Wśród 6264 przypadków (31.03.2000 r.) nosicielstwa wirusa HIV zarejestrowanych w Polsce – 65% to osoby przyjmujące dożylnie narkotyki, przede wszystkim opiaty. Warto dodać, że po nagłym wzroście liczby infekcji HIV na przełomie lat 1980/1990, liczba nowych zakażeń wśród osób przyjmujących dożylnie narkotyki uległa stabilizacji w ciągu ostatnich 5 lat i przeciętnie rocznie wynosi ok. 600 nowych przypadków.
 5. Polska należy do grupy krajów europejskich o relatywnie niskim współczynniku samobójstw. Przed 1990 r. najwyższe współczynniki samobójstw dokonanych zanotowano w 1977 r. – 14,1 i w 1984 – 13,9 na 100 tys. ludności. W 1990 r. współczynnik ten wynosił 13,0, w 1991 r. – 13,9, w 1992 r. – 14,9 (najwyższy), w 1993 r. – 14,6 (niewielki spadek) i w latach 1994–1996 ustabilizował się na poziomie 14,2–14,3 na 100 tys. ludności. W latach 1997–1998 nastąpił spadek współczynnika do wysokości 13,1. W okresie od 1989 do 1998 r. obserwuje się niepokojące zjawisko wzrostu o ponad 57% (z 208 do 328) liczby samobójstw zakończonych zgonem wśród dzieci i młodzieży w wieku od 9 do 19 lat.
 6. Od końca lat osiemdziesiątych do 1999 r. nastąpił prawie dwukrotny wzrost liczby wszystkich rodzajów przestępstw zarejestrowanych przez policję (z 548 tys. w 1989 r. do 1.121 tys. w 1999 r.), w tym również dwukrotny – liczby popełnianych rocznie zabójstw (z 556 w 1989 r. do 1048 w 1999 r.), co zwiększa poczucie zagrożenia w społeczeństwie i ma istotne znaczenie dla orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego.
 7. Od 1990 r. nowym zagrożeniem dla zdrowia psychicznego jest bezrobocie. Bezrobotni należą do grupy ryzyka, zagrożonej ciężkim stresem i zaburzeniami psychicznymi.
 8. Badania socjologiczne przeprowadzane w okresie 1989–1992 wskazywały na znaczny wzrost zagrożenia spadkiem poziomu życia, biedą, bezrobociem oraz na systematycznie zmniejszające się poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego, socjalnego i zdrowotnego. W latach 1993–1998 obserwuje się rosnący odsetek ocen pozytywnych i ogólne polepszenie nastrojów społecznych, które jednak ulegają częstym okresowym wahaniom. W zakresie postrzegania swojej sytuacji osobistej, rodzinnej i zawodowej występuje podobna tendencja, jak przy ocenie nastrojów społecznych. Od początku 1999 r. do lutego 2000 r. w badaniach opinii publicznej ponownie pojawia się wzrost ocen negatywnych zarówno w ocenie sytuacji politycznej, gospodarczej kraju, jak i zwiększenie pesymistycznych ocen dotyczących perspektyw osobistych, rodzinnych. W całej dekadzie lat

- dziewięćdziesiątych można zaobserwować relatywny wzrost (z niewielkimi wahaniami) liczby osób deklarujących różne dolegliwości psychiczne i psychosomatyczne (np. bóle głowy, rozdrażnienie, bezsenność, brak lub nadmierny apetyt, obniżony nastrój, apatię).
9. Obserwuje się zwiększenie liczby uzależnień i obniżanie się wieku uzależnienia od środków psychoaktywnych, a także wzrost agresji i przestępstw popełnionych przez nieletnich i na nieletnich. W latach 1992–1996 wzrastała liczba prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży. Wskaźnik samobójstw na 100 tys. w grupie w wieku 10–14 lat w 1992 r. wynosił 1,25, w 1996 – 1,9, od 1997 r. zaznacza się tendencja spadkowa i w 1998 r. wskaźnik wynosił 1,1, zaś w grupie w wieku 15–19 lat wskaźnik ten w 1992 r. wynosił 7,2, a w 1998 r. – 8,7. W poradniach w okresie roku leczy się średnio ok. 61 tys. osób, które nie ukończyły 19 roku życia.

II. STAN OBECNY W ZAKRESIE PREWENCJI PIERWSZEGO, DRUGIEGO I TRZECIEGO STOPNIA

W „Programie” wszystkie problemy związane z ochroną zdrowia psychicznego przedstawiono wg przyjętego czterostopniowego modelu prewencji.

A. PROMOCJA ZDROWIA I PREWENCJA PIERWSZEGO STOPNIA

Dotychczasowe działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i prewencji zaburzeń psychicznych są niewystarczające. W ramach opieki nad matką i dzieckiem są realizowane programy szczepień, badania prenatalne, poradnictwo genetyczne oraz szereg działań prawnych i ekologicznych w zakresie ochrony zdrowia kobiet w ciąży i w pierwszym okresie życia dziecka, które zapobiegają niektórym postaciom zaburzeń psychicznych i neurologicznych wśród dzieci oraz u osób dorosłych.

Działania promocyjne i prewencyjne adresowane do dzieci, młodzieży i grup ryzyka wśród dorosłych są związane z dwoma ustawami: „O wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi” z 26 października 1982 r., znowelizowaną dnia 12 września 1996 r. i „O przeciwdziałaniu narkomanii” z 24 kwietnia 1997 r. Przyczyniły się one do rozwoju różnych form działalności w zakresie ograniczania podaży i rozwiązywania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.. Działania te prowadzi m.in. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Biuro ds. Narkomanii, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Opracowano Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 1997–1999 i Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999–2001. Powstało szereg stowarzyszeń i fundacji, zaczął szybko rozwijać się ruch samopomocowy Anonimowych Alkoholików i Klubów Abstynenta (1 200 grup AA, 400 AI-Anon, 300 klubów abstynenta – dane z 1998 r.), powstało wiele ośrodków rehabilitacyjnych i ruchów trzeźwościowych inicjowanych przez kościoły i związki wyznaniowe. Powstała także sieć poradni profilaktyczno-rehabilitacyjnych dla narkomanów i znacznie rozwinęło profilaktyczną działalność stowarzyszenie Monar.

Obserwuje się rozwój stowarzyszeń samopomocowych osób chorych psychicznie i ich rodzin. Pod koniec 1993 r. zawiązała się Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego, która skupia kilkadziesiąt stowarzyszeń i grup samopomocowych z terenu całego kraju. Obecnie (1998 r.) zarejestrowanych jest 48 tys. różnych organizacji pozarządowych, z których ponad 40% działa na rzecz ochrony zdrowia.

W jednostkach wojskowych od 1997 r. na etatach konsultantów dowódców do spraw psychoprofilaktyki zatrudniano ok. 130 psychologów. Głównymi ich zadaniami są: psychiczne przygotowanie żołnierzy do wykonywania obowiązków służbowych oraz radzenie sobie z trudnościami życiowymi, jak również kształtowanie umiejętności dowódców organizowania najlepszych – dla zachowania zdrowia psychicznego – warunków pełnienia służby wojskowej. Od dwóch lat szkoli się zespoły dowódców pododdziałów, oficerów społeczno-wychowawczych i psychologów, przygotowanych do samodzielnej realizacji zadań edukacyjnych, instruktażowych i profilaktycznych w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych. Aktualnie wdrażany jest w wybranych jednostkach wojskowych pilotażowy program profilaktyczno-interwencyjny w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w wojsku w latach 2000–2001. Jego monitorowany przebieg i uzyskane efekty będą podstawą do wdrożenia rozwiązań systemowych w skali sił zbrojnych. Organizatorem i koordynatorem realizacji programu jest Departament Społeczno-Wychowawczy MON.

Uchwalenie przez Sejm RP w dniu 19 sierpnia 1994 r. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stało się impulsem do szybszego rozwoju działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym stwarzając możliwość działań prewencyjnych w społecznościach lokalnych.

Na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów, wydanego w związku z art. 4 ust. 3 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w 1997 r. powołał Radę ds. Promocji Zdrowia Psychicznego, której zadaniem jest przygotowywanie programów promocji zdrowia psychicznego i podejmowanie działań mających na celu ich wdrażanie.

Zadania z zakresu promocji zdrowia i wczesnej psychoprofilaktyki realizują również publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne. W 1998 r. sieć poradnictwa oświatowego tworzyło 597 publicznych poradni, rozmieszczonych dość równomiernie na terenie kraju. Placówki te zatrudniają 6967 pracowników merytorycznych. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne są często ośrodkami pierwszego kontaktu dla uczniów z trudnościami psychologicznymi i różnego typu dysfunkcjami oraz dla ich rodziców, 20% poradni inicjuje i realizuje programy promocji zdrowia i wczesnej profilaktyki w szkołach i środowisku lokalnym. Podejmuje również działania psychoedukacyjne adresowane do nauczycieli i rodziców. Opiekę merytoryczną i metodyczną nad tymi poradniami sprawuje Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno Pedagogicznej.

B. PREWENCJA DRUGIEGO I TRZECIEGO STOPNIA (LECZENIE I REHABILITACJA)

Opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi sprawuje podstawowa opieka zdrowotna, psychiatryczna opieka zdrowotna i pomoc społeczna.

1. Podstawowa opieka zdrowotna i inne służby niepsychiatryczne, przyjmujące szacunkowo ok. 70% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, głównie niepsychotycznymi.

2. *Psychiatryczna opieka zdrowotna*, a w jej ramach:

2.1. *psychiatryczna opieka dla dorosłych*:

- 603 poradnie zdrowia psychicznego stosunkowo równomiernie rozmieszczone na terenie kraju,
- 84 oddziały dzienne, zlokalizowane przede wszystkim w dużych ośrodkach miejskich,
- ponad 20 oddziałów (zespołów) leczenia środowiskowego,
- 4 tys. łóżek w 59 oddziałach przy szpitalach ogólnych,

- 2.2. 24 tys. łóżek zlokalizowanych w 49 szpitalach psychiatrycznych, głównie dużych, dysponujących trudnymi warunkami bytowymi, nierównomiernie rozmieszczonych i obsługujących zbyt rozległe rejony świadczeń.
- 2.3. psychiatryczna opieka *dla dzieci i młodzieży*:
 - 90 poradni, w większości słabo przygotowanych (głównie z powodu braku kadr) do świadczenia pomocy psychoterapeutycznej dzieciom i młodzieży,
 - 13 oddziałów dziennych, zlokalizowanych głównie w Warszawie, Wrocławiu i Krakowie,
 - 1200 łóżek dla dzieci i ok. 200 łóżek dla młodzieży nierównomiernie rozmieszczonych w szpitalach psychiatrycznych i ogólnych.
- 2.4. *odwykowa opieka dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych*:
 - 419 poradni,
 - 15 oddziałów dziennych,
 - 3,2 tys. łóżek w 70 oddziałach, w tym 2/3 w szpitalach psychiatrycznych i 1/3 w oddziałach szpitali ogólnych.
- 2.5. *odwykowa opieka dla uzależnionych od innych środków psychoaktywnych*:
 - 34 poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych
 - 1 300 łóżek w 55 ośrodkach, z których ponad połowa przypada na ośrodki rehabilitacyjne prowadzone przez stowarzyszenie Monar.
- 2.6. W lecznictwie psychiatrycznym i odwykowym zatrudnionych jest ok. 2 200 psychiatrów, ok. 1 500 psychologów, 400 innych terapeutów z wyższym wykształceniem i ok. 450 pracowników socjalnych. W postępowaniu terapeutycznym dominują metody biologiczne, przy wyraźnym niedostatku metod psychospołecznych.
3. W *szuźbie zdrowia MSWiA* opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi sprawuje:
 - 21 poradni zdrowia psychicznego (w tym 3 dla dzieci i młodzieży),
 - 5 jednostek szpitalnych z 189 łózkami,
 - 1 oddział dzienny z 42 miejscami.W *szuźbie MON* opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi sprawuje:
 - 18 poradni zdrowia psychicznego,
 - 8 jednostek szpitalnych z 315 łózkami.
4. Pomoc społeczna obejmuje (koniec 1998 r.):
 - 371 domów pomocy społecznej dla upośledzonych umysłowo i przewlekle psychicznie chorych, w których przebywało 36624 mieszkańców,
 - 248 środowiskowych domów samopomocy z 6366 miejscami,
 - 9941 osób korzystało z specjalistycznych usług opiekuńczych (liczba świadczeń – 4 584 467 godzin).

Opieka psychiatryczna i odwykowa w dominującym zakresie realizowana była do końca 1998 r. w zakładach organizowanych, zarządzanych i finansowanych przez administrację państwową, co przy wielu uzasadnionych zastrzeżeniach dotyczących nieracjonalnej gospodarki nakładami, pozwalało jednoznacznie wskazać instytucje odpowiedzialne za politykę zdrowotną. Układ ten sprzyjał również rozwijaniu współpracy w zapewnieniu ciągłości leczenia pacjentom z określonego rejonu świadczeń.

Obowiązująca od początku 1999 r. reforma służby zdrowia oraz reforma administracyjna kraju, zmieniając system właścicielski zakładów oraz system finansowania ich działalności, wytworzyły sytuację, w której nastąpiło rozmycie odpowiedzialności za politykę zdrowotną. W rezultacie, kasy chorych ustalając reguły kontraktowania świadczeń stały się praktycznym kreatorem tej polityki, także w zakresie opieki psychiatrycznej.

W nowych warunkach najpoważniejsze trudności leczenia psychiatrycznego wynikały ze zbyt niskich cen oferowanych przez kasy za świadczenia jednostkowe (osobodzeń, poradę) oraz z dość sztywnego sposobu limitowania liczby zakontraktowanych świadczeń. Mimo korzystnego wpływu nowych zasad na racjonalną gospodarkę finansową, utrzymywanie się powyższych trudności może spowodować istotne pogorszenie dostępności opieki psychiatrycznej, szczególnie w odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnych oraz innych nowoczesnych form opieki środowiskowej, co dało się już zauważyć w niektórych rejonach kraju. Uzasadnione obawy budzi finansowanie oddziałów dziennych i zespołów opieki środowiskowej. Pojawiły się natomiast realne możliwości tworzenia nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Kontraktowanie świadczeń w ramach nowego systemu wyostrzyło znany wcześniej problem nierównomiernego rozmieszczenia placówek opieki szpitalnej, a zwłaszcza nadmiernej koncentracji łóżek w dużych szpitalach. W warunkach reformy, przez dopuszczenie do kontraktowania świadczeń zakładów niepublicznych, rozpoczął się proces poszerzania się rynku usług sprywatyzowanych.

III. PROGRAM PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO I PREWENCJI PIERWSZEGO STOPNIA

Światowa Organizacja Zdrowia wspólnie z Komisją Europejską przyjęły w 1999 r. wspólne stanowisko w sprawie znaczenia promocji zdrowia psychicznego, które rozpoczyna się od stwierdzenia, że „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”. Wśród celów i strategii promocji zdrowia psychicznego wymienia się między innymi:

- wyraźniejsze docenienie wartości zdrowia psychicznego na płaszczyźnie polityki państwa,
- rozwój nowoczesnej, całościowej i wyraźnej polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,
- tworzenie warunków dla nieustannego rozwoju, zapewniającego wydłużenie lat aktywnego społecznie i zawodowo życia każdemu człowiekowi.

Promocja zdrowia psychicznego obejmuje działania, których celem jest tworzenie warunków sprzyjających nabywaniu przez ludzi umiejętności kontrolowania i wpływania na własne zdrowie.

A. CELE PROGRAMU

1. Diagnoza zagrożeń dla zdrowia psychicznego i monitorowanie aktualnych potrzeb oraz ocena efektywności podejmowanych działań.
2. Upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy dotyczącej problematyki zdrowia psychicznego.
3. Rozwijanie i uczenie kompetencji psychologicznych i społecznych umożliwiających jednostce lepsze wykorzystywanie własnych możliwości, a także skuteczne radzenie sobie z wymaganiami życia, ze stresem, z kryzysowymi wydarzeniami i sytuacjami oraz zagrożeniami patologią.
4. Kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, w tym zapobiegających paleniu tytoniu, nadużywaniu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
5. Minimalizowanie środowiskowych i społecznych zagrożeń dla zdrowia psychicznego oraz rozwoju jednostki i społeczeństwa.
6. Uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym w polityce zdrowotnej państwa i programach ochrony zdrowia.

B. ZADANIA I METODY ICH REALIZACJI

Realizacja podstawowych zadań programu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym wymaga podjęcia dwóch strategii działań: edukacyjno-wychowawczych i organizacyjnych.

Działania edukacyjne:

1. Opracowanie i wprowadzenie do systemu edukacji szkolnej programów nauczania, których celem jest rozwijanie umiejętności rozwiązywania sytuacji problemowych i radzenia sobie ze stresem.
2. Realizacja programu promocji zdrowia psychicznego jako integralnej części programu dydaktyczno-wychowawczego powinna być jednym z kryteriów oceny jakości pracy szkoły.
3. Programy profilaktyczno-wychowawcze dla szkół powinny być poddane procedurze ewaluacyjnej.
4. Opracowanie oraz wdrażanie programów doskonalenia zawodowego nauczycieli i wychowawców, a także przygotowanie materiałów i pomocy dydaktycznych potrzebnych do prowadzenia zajęć edukacyjnych i wychowawczych promujących zdrowie psychiczne.
5. Opracowanie i wprowadzenie programów dydaktycznych dotyczących promocji zdrowia psychicznego do kształcenia przed- i podyplomowego nauczycieli, lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych, psychologów, socjologów, prawników, dziennikarzy i innych osób zajmujących się nauczaniem, wychowaniem, leczeniem, opieką, resocjalizacją i rehabilitacją, zarządzaniem i organizacją pracy, oraz osób zajmujących się pomocą psychologiczną w szkołach i placówkach, a także policjantów, strażaków, ratowników.
6. Tworzenie warunków do nabywania wiedzy i umiejętności potrzebnych rodzicom dla prawidłowego kształtowania rozwoju psychicznego ich dzieci przez m. in. konsultacje psychologiczne w placówkach pediatrycznych, konsultacje w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, rodzinnych oraz u psychologów zatrudnionych w szkołach lub placówkach.
7. Opracowanie i wdrażanie programów informacyjno-edukacyjnych dla rodziców ułatwiających im wspomaganie prawidłowego rozwoju psychicznego ich dzieci.
8. Opracowanie i wdrażanie programów edukacyjnych dotyczących zapobiegania zaburzeniom psychicznym w grupach podwyższonego ryzyka (m.in. wśród bezrobotnych, bezdomnych, osób znajdujących się w krytycznych sytuacjach życiowych lub w stanach ciągłego stresu).
9. Uwzględnianie problematyki zdrowia psychicznego w programach, zwłaszcza takich jak: „Zdrowe Miasto”, „Szkoła Promująca Zdrowie”, „Szpital Promujący Zdrowie” czy „Promocja Zdrowia w Systemie Edukacji i Poprzez System Edukacji” i innych.
10. Przekazywanie wiedzy potrzebnej dla rozwoju i utrzymania zdrowia psychicznego w środkach masowego przekazu w postaci programów radiowych i telewizyjnych, artykułów prasowych i innych form medialnych.

Działania organizacyjne:

1. Tworzenie przez władze samorządowe i organizacje pozarządowe różnych nowych form poradnictwa psychologicznego, wychowawczego, małżeńskiego i rodzinnego, zawodowego itp. i doskonalenie tych form w placówkach już istniejących, np. w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i ośrodkach pomocy społecznej.
2. Tworzenie wojewódzkich i powiatowych ośrodków poradnictwa oraz pomocy psychospołecznej dla osób narażonych na zagrożenia zdrowia psychicznego.

3. Tworzenie ośrodków interwencji kryzysowych dla osób w stanach kryzysu psychicznego oraz dla rodzin przeżywających trudne sytuacje życiowe.
4. Opracowanie i wdrożenie programów psychoprofilaktycznych dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych.
5. Tworzenie warunków do wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju psychospołecznego, zwłaszcza w praktyce lekarza ogólnego i opiece pediatrycznej.
6. Organizowanie i wspieranie rozwoju różnych form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
7. Powołanie grupy osób przygotowanych do udzielania pomocy żołnierzom przeżywającym reakcje kryzysowe w wyniku udziału w działaniach w rejonach konfliktów zbrojnych, w misjach pokojowych oraz likwidacji skutków klęsk żywiołowych, katastrof i wypadków.
8. Dostosowywanie działań instytucji użyteczności publicznej (wychowawczo-opiekuńczych, opieki zdrowotnej, wojskowych, penitencjarnych i innych) do wymogów ochrony zdrowia psychicznego.
9. Wykorzystanie możliwości zakładów działających na rzecz ochrony zdrowia, w tym placówek oświaty zdrowotnej i leczenia psychiatrycznego, do realizacji programów promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.
10. Tworzenie prawnych i finansowych warunków do tego, aby władze samorządowe współdziałały z przedstawicielami społeczności lokalnych w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia psychicznego i programów zapobiegania zagrożeniom dla zdrowia psychicznego i nadużywaniu substancji psychoaktywnych.
11. Uwzględnianie problemów promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zagrożeniom zdrowia psychicznego w działaniach legislacyjnych.

IV. PROGRAM OPIEKI ZDROWOTNEJ I INNYCH FORM POMOCY DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI: PREWENCJA DRUGIEGO I TRZECIEGO STOPNIA

A. CEL I ZADANIA

Głównym celem programu jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy i opieki niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Cel ten będzie realizowany w ramach opieki zdrowotnej i innych form pomocy, przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

Istotną częścią tego systemu jest środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej, którego główne założenia są następujące.

1. Opiekę psychiatryczną i odwykową zapewnia się populacji zamieszkałej na określonym terytorium.
2. Podstawowymi formami opieki psychiatrycznej i odwykowej są poradnie (w tym indywidualne i specjalistyczne praktyki lekarskie) oraz formy pośrednie – oddziały dzienne, zespoły opieki środowiskowej, ośrodki interwencji kryzysowych (przy szpitalu, poradni, pogotowiu), różnego typu placówki rehabilitacyjne i formy zakwaterowania chronionego (mieszkania chronione i hostele), oraz opieka szpitalna.
3. Opieka szpitalna jest sprawowana głównie w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych. Duże szpitale psychiatryczne ulegają zmniejszeniu i przekształceniu w specjali-

styczne jednostki. Odległość miejsca zamieszkania pacjenta od oddziału całodobowego powinna być jak najmniejsza.

4. Opiekę psychiatryczną sprawuje stały wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny, prowadzący pacjenta we wszystkich formach opieki.
5. Poszczególne placówki opieki psychiatrycznej są funkcjonalnie zintegrowane w jeden system. Działalność tego systemu jest skoordynowana z działalnością innych placówek sprawujących opiekę zdrowotną oraz udzielających pomocy społecznej osobom z zaburzeniami psychicznymi na danym terenie.

W powiecie tworzy się zespół koordynacyjny, w skład którego wchodzi kierownicy placówek, sprawujący opiekę zdrowotną i pomoc społeczną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze. Zespół ten jest także organem doradczym samorządowej administracji terenowej oraz zarządów kas chorych w zakresie polityki zdrowotnej i pomocy społecznej w dziedzinie zdrowia psychicznego, potrzeb leczenia psychiatrycznego, w tym podziału i wykorzystania środków finansowych.

Wojewoda powołuje zespół ds. polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego kierowany przez konsultanta wojewódzkiego ds. psychiatrii.

Osiągnięcie powyższych celów wymaga:

1. Monitorowania realizacji ustaw regulujących zagadnienia zdrowia psychicznego.
2. Podejmowania działań legislacyjnych.
3. Poprawy jakości świadczeń opieki podstawowej.
4. Poprawy poziomu psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej.
5. Zwiększenia roli organów pomocy społecznej w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.
6. Realizacja celów określonych w Programie wymaga nadzoru, który pełnił będzie Instytut Psychiatrii i Neurologii.

B. ŚRODKI I METODY REALIZACJI ZADAŃ

1. Realizacja ustaw regulujących zagadnienia zdrowia psychicznego
 - 1.1. Monitorowanie i ocena realizacji ustaw dotyczących:
 - ochrony zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. wraz z późniejszymi poprawkami,
 - wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. z uwzględnieniem nowelizacji z dnia 12 września 1996 r.,
 - przeciwdziałania narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 r.
 - 1.2. Ocena realizacji ustaw o:
 - pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r. z późniejszymi zmianami,
 - rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r.,
 - powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 r. z późniejszymi zmianami.
2. Działania legislacyjne
 - 2.1. Znowelizowanie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:
 - art. 5 – wprowadzenie ustępu delegującego Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia w sprawie zadań i organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej,

- art. 9 – wprowadzenie ustępu delegującego Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia w sprawie nadzoru specjalistycznego nad psychiatrycznymi świadczeniami zdrowotnymi i rehabilitacyjnymi dla osób z zaburzeniami psychicznymi w domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy i specjalistycznych usługach opiekuńczych,
 - wprowadzenie zapisu określającego podstawy prawne powoływania i funkcjonowania rzeczników praw osób z zaburzeniami psychicznymi, w pierwszej kolejności praw pacjentów szpitala psychiatrycznego.
- 2.2. Znowelizowanie przepisów Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przez usunięcie lub zmianę artykułów dotyczących zobowiązania do leczenia odwykowego na podstawie przesłanek zawartych w art. 24 i zastąpienie tych przepisów zobowiązaniem do leczenia odwykowego zgodnie z wymogami art. 72 § 1 pkt. 6 kk.
- 2.3. Znowelizowanie Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przez wprowadzenie zapisu zobowiązującego Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego świadczenia zdrowotne i rehabilitacyjne oraz standardy podstawowych usług świadczonych przez zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, analogicznie jak stanowią przepisy dotyczące domów pomocy społecznej.
- 2.4. Znowelizowanie Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przez wprowadzenie zapisu gwarantującego bezpłatne świadczenia zdrowotne rozszerzone o świadczenia pogotowia ratunkowego dla osób chorych psychicznie, oraz możliwość kierowania tych osób do szpitala psychiatrycznego przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego.
- 2.5. Znowelizowanie kodeksów karnych poprzez:
- stworzenie prawnych możliwości wykonywania środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych o zróżnicowanym stopniu zabezpieczenia wskazanych sądowni przez komisję psychiatryczną,
 - stworzenie prawnych możliwości warunkowego zawieszenia środków zabezpieczających w sposób umożliwiający nadzór nad leczeniem i adaptacją pacjenta w środowisku, a w razie niewywiązywania się pacjenta z warunków zawieszenia – ponowne zastosowanie środka zabezpieczającego,
 - określenie przez sąd maksymalnego czasu wykonywania środków zabezpieczających (art. 94 pkt. 2 kkw),
 - wprowadzenie do nowego kodeksu postępowania karnego w art. 203 odpowiednika poprzedniego art. 184 § 5 kpk dotyczącego ustalenia przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości wykazu zakładów opieki zdrowotnej, w których przeprowadzane są badania psychiatryczne połączone z obserwacją, oraz zakładów opieki zdrowotnej podległych Ministrowi Zdrowia, w których przeprowadzane są takie badania osób pozbawionych wolności, a także warunków zabezpieczenia tych zakładów,
 - wydanie rozporządzenia Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości do art. 201 § 3 kkw w sprawie wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia odwykowego.
- 2.6. Wydanie rozporządzenia Ministra Zdrowia do art. 55 ust. 1 do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w sprawie docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz zapewnienie środków na jej realizację.
- 2.7. Znowelizowanie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej (art. 7 ust. 4 i art. 9 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

- 2.8. Znowelizowanie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 74 z dnia 5.10.1992 r. z późn. zm.) uwzględniające specjalne wymagania różnych typów oddziałów psychiatrycznych.
3. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Najpilniejsze zadania:

- 3.1. Nowelizacja programu kształcenia studentów medycyny w kierunku szerszego uwzględnienia zagadnień psychologii klinicznej, psychiatrii środowiskowej oraz problematyki uzależnień i innych zaburzeń niepsychotycznych.
- 3.2. Wprowadzenie do programu szkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzy pierwszego kontaktu):
- zagadnień psychiatrii środowiskowej,
 - zagadnień psychologii klinicznej,
 - zajęć zapewniających nabywanie umiejętności rozpoznawania zaburzeń psychicznych oraz udzielania podstawowej pomocy terapeutycznej i doraźnej osobom z zaburzeniami niepsychotycznymi i psychozami.
- 3.3. Zwiększenie zakresu działań podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego) w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 3.4. Zapewnienie pomocy konsultacyjnej i edukacyjnej z zakresu psychiatrii oraz psychologii klinicznej dla pracowników podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz dla pracowników pomocy społecznej.
4. Poprawa poziomu psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej
- 4.1. Zwiększenie liczby kadr

Pożądaný rozmiar zatrudnienia w publicznych zakładach psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej na 100 tys. ludności (w skali kraju) w okresie najbliższych 10 lat powinien wynosić:

Zawód	Potrzeby		Aktualnie
	wskaznik/100 tys.	liczba osób	
a) psychiatrzy	10,0	4 000	ok. 2 310
b) psychiatrzy dzieci i młodzieży	1,0	400	ok. 170
c) psychologowie kliniczni	9,5	3 800	ok. 700
d) pracownicy socjalni	10,0	4 000	ok. 210
e) pielęgniarki	35,0	14 000	ok. 7 550
f) terapeuci zajęciowi	8,0	3 200	brak danych
g) instruktorzy terapii odwykowej	3,0	1 200	brak danych

W tym ok. 5000 osób ze zweryfikowanymi umiejętnościami prowadzenia psychoterapii.

- 4.2. Poprawa poziomu wykształcenia kadr

Niezbędne są następujące działania:

- a) Stworzenie możliwości uzyskiwania przez osoby z ukończoną specjalizacją z psychiatrii lub psychologii klinicznej certyfikatów potwierdzających nabycie szczególnych umiejętności dodatkowych (np. z zakresu psychoterapii, terapii odwykowej, terapii rodzin, psychiatrii sądowej, psychiatrii konsultacyjnej).
- b) Szersze uwzględnienie zagadnień psychiatrii środowiskowej, oparcia społecznego oraz metod psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych w programach doskonalenia zawodowego wszystkich grup pracowników lecznictwa psychiatrycznego.
- c) Zwiększenie możliwości kształcenia pracowników socjalnych i pielęgniarek (do celowo 1 szkoła w województwie).

- d) Opracowanie i wdrożenie programów szkolenia i uzyskiwania licencji (np. terapeuty odwykowego, trenera umiejętności społecznych) przez osoby z wykształceniem średnim lub wyższym, reprezentujące zawody tradycyjnie nie związane z opieką psychiatryczną.
- 4.3. Poprawa dostępności i zróżnicowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych
- 4.3.1. Opieka środowiskowa – minimalna dostępność placówek
- a) Poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych: co najmniej jedna poradnia w rejonie powiatu (50 tys. ludności), czynna codziennie²
 - b) Psychiatryczne oddziały dzienne dla dorosłych, w tym oddziały dla osób z zaburzeniami nerwicowymi: 1–3 miejsca na 10 tys. ludności.
 - c) Psychiatryczne oddziały (zespoły) leczenia środowiskowego: 10 miejsc na 10 tys. ludności (przy częstotliwości wizyt od 1 do 3 tygodniowo).
- 4.3.2. Opieka całodobowa
- a) Zapewnienie równomiernej dostępności podstawowych świadczeń psychiatrycznych na poziomie 4 łóżek na 10 tys. mieszkańców³, w jak najmniejszej odległości od miejsca zamieszkania pacjentów, przez:
 - tworzenie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych w rejonach nie spełniających wymienionych warunków,
 - zmniejszenie liczby łóżek psychiatrycznych w dużych szpitalach do maksimum 350.
 - b) Utworzenie wyspecjalizowanych form całodobowej opieki psychiatrycznej, przede wszystkim przez zorganizowanie w dużych szpitalach oddziałów/zakładów:
 - psychogeriatrycznych,
 - rehabilitacyjnych,
 - opiekuńczo-leczniczych bądź pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - form zakwaterowania chronionego (np. hosteli).
 - c) Utworzenie zakładów/oddziałów:
 - psychiatrii sądowej o maksymalnym i wzmocnionym zabezpieczeniu dla wykonywania środków zabezpieczających (art. 201 § 3 kkw),
 - psychiatrii sądowej przeznaczonych dla obserwacji sądowo-psychiatrycznej osób pozbawionych wolności,
 - leczenia zaburzeń nerwicowych,
 - psychoterapii (zaburzeń nerwicowych),
 - zaburzeń nerwicowych i psychoterapii.
- 4.4. Poprawa dostępności i zróżnicowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży
- 4.4.1. Opieka środowiskowa – minimalna dostępność placówek
- a) Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży: co najmniej jedna poradnia w rejonie jednego lub kilku powiatów (150 tys. ludności), czynna codziennie⁴.

² Minimalne zatrudnienie personelu (w etatach): lekarz psychiatra, psycholog, psychoterapeuta (z certyfikatem), pielęgniarka, pracownik socjalny.

³ Na obszarach, gdzie brak jest zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, domów pomocy społecznej, do czasu ich utworzenia, dopuszcza się wskaźnik 5 łóżek na 10 tys. ludności.

⁴ Minimalne zatrudnienie personelu (w etatach): specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, 2 psychologów, pielęgniarka, pracownik socjalny, psychoterapeuta (z certyfikatem).

- b) Specjalistyczne poradnie pomocy rodzinie (patrz 4.6.1.b): co najmniej jedna w województwie.
 - c) Psychiatryczne oddziały dzienne dla dzieci i młodzieży: 1 miejsce na 10 tys. ludności miejskiej, czynne codziennie.
 - d) Psychiatryczne oddziały (zespoły) leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży: 1 miejsce na 10 tys. ludności (przy częstotliwości wizyt 1–3 tygodniowo).
- 4.4.2. Opieka całodobowa – minimalna dostępność placówek
- a) Zapewnienie równomiernej dostępności opieki szpitalnej dla dzieci i młodzieży na poziomie 0,3–0,4 łóżka na 10 tys. mieszkańców.
 - b) Utworzenie międzywojewódzkich oddziałów psychiatrii młodzieżowej, w tym ośrodków obserwacyjno-leczniczych, sądowo-psychiatrycznych i ośrodków rehabilitacyjnych dla młodzieży uzależnionej (patrz p. 4.6.2.c).
- 4.5. Poprawa dostępności i zróżnicowania odwykowej opieki zdrowotnej dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych⁵ – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1998 r. w sprawie zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału placówek podstawowej opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. Nr 37, poz. 216).
- 4.5.1 Opieka środowiskowa – minimalna dostępność placówek
- a) Przychodnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia: 1 przychodnia dla jednego lub dwu powiatów (ok. 50 tys. ludności), czynna codziennie⁶.
 - b) Poradnia dla osób z problemami alkoholowymi: 1 poradnia w każdym mieście powyżej 25 tys. mieszkańców.
 - c) Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu: 1 oddział w każdym większym mieście (powyżej 50 tys. ludności).
- 4.5.2. Opieka całodobowa – minimalna dostępność placówek
- a) Całodobowe oddziały dla uzależnionych od alkoholu: 1 łóżko na 10 tys. ludności, w tym:
 - oddziały/pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych,
 - oddziały terapii uzależnienia od alkoholu.
 - b) Dwa zakłady leczenia odwykowego dla realizacji środków zabezpieczających (art. 201 § 3 kodeksu karnego wykonawczego).
- 4.6. Poprawa dostępności i zróżnicowania odwykowej opieki zdrowotnej dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych⁷
- 4.6.1. Opieka środowiskowa – minimalna dostępność placówek
- a) Nie mniej niż 2 poradnie leczenia uzależnień, w zależności od lokalnych potrzeb województwa, czynne codziennie⁸.
 - b) Specjalistyczne poradnie pomocy rodzinie: co najmniej jedna w województwie.

⁵ Uwzględniono zapisy Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2000–2005.

⁶ Minimalne zatrudnienie personelu (w etatach): psycholog, pielęgniarka, instruktor terapii uzależnień, 1/4–1/2 etatu lekarza psychiatrii.

⁷ Uwzględniono zapisy Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999–2001.

⁸ Minimalne zatrudnienie personelu (w etatach): psycholog, pielęgniarka, instruktor terapii uzależnień, 1/4–1/2 etatu lekarza psychiatrii, 1/2 etatu pracownika socjalnego – na 50 tys. ludności.

4.6.2. Opieka całodobowa – minimalna dostępność placówek

- a) Oddziały całodobowe dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych: 0,35 łóżka na 10 tys. ludności, w tym:
 - ośrodki interwencji kryzysowych / wczesnej terapii (co najmniej 1 w województwie),
 - oddziały / łóżka detoksykacyjne (odpowiednio do potrzeb województwa),
 - oddziały / ośrodki rehabilitacyjne, w tym organizacje pozarządowych (odpowiednio do potrzeb kraju).
- b) Hostele: łącznie co najmniej 20 miejsc w województwie.
- c) Ośrodki rehabilitacji dla młodzieży: co najmniej 1 w województwie, w zależności od potrzeb (patrz p. 4.4.2.b).

4.7. Poprawa ciągłości i jakości opieki

Najważniejsze zadania:

- a) Usprawnienie współpracy między zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej świadczącymi usługi dla określonej terytorialnie populacji i zapewnienie ciągłości opieki przez tego samego terapeutę lub zespół terapeutów zatrudnionych w środowiskowej i szpitalnej opiece zdrowotnej.
- b) Realizowanie zasad opieki czynnej w opiece ambulatoryjnej i promocja nowych rozwiązań ciągłości opieki (np. pełnienie przez terapeutę w poradni zdrowia psychicznego funkcji „koordynatora opieki nad pacjentem” – na wzór rozwiązań angielskich i amerykańskich).
- c) Poprawa warunków bytowych w całodobowych placówkach opieki psychiatrycznej zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. (z późniejszymi zmianami).
- d) Określenie zapotrzebowania na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej osób pozbawionych wolności i określenie norm dostępności tych świadczeń w aresztach i zakładach karnych.
- e) Poprawa poziomu terapii i rehabilitacji, zwłaszcza szersze stosowanie metod psychospołecznych.
- f) Zwiększenie zatrudnienia pracowników o wykształceniu innym niż medyczne (psychologów, pracowników socjalnych, terapeutów).
- g) Szkolenie kadr.
- h) Usprawnienie współpracy między jednostkami psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej a lekarzami rodzinnymi i ośrodkami pomocy społecznej.
- i) Określenie zasad współpracy poradni zdrowia psychicznego z ośrodkami pomocy społecznej, w szczególności w zakresie organizowania i funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy i specjalistycznych usług opiekuńczych.
- j) Wdrażanie leczenia substytucyjnego u części uzależnionych od opiatów (programy metadonowe i in.).
- k) Opracowanie standardów i norm jakości opieki oraz ich wdrażanie oraz modernizacja zaplecza diagnostycznego.
- l) Przeprowadzenie atestacji placówek psychiatrycznych i odwykowych.
- m) Opracowanie założeń finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej wg systemu:
 - kapitałowego,
 - jednorodnych grup diagnostycznych.
- n) Okresowa ocena jakości usług w placówkach psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej.

- o) Powoływanie rzeczników praw osób z zaburzeniami psychicznymi, w pierwszej kolejności praw pacjentów szpitala psychiatrycznego.
5. Zwiększenie roli placówek pomocy społecznej, resortu edukacji, stowarzyszeń pozarządowych i innych form pomocy
- Do najpilniejszych zadań należy:*
- 5.1. Realizowanie docelowej sieci domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy – zgodnie z art. 55 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
 - 5.2. Organizowanie środowiskowych domów samopomocy dla osób chorych psychicznie, upośledzonych umysłowo, które mają poważne trudności w życiu codziennym, w szczególności w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w sprawach bytowych i w zatrudnieniu.
 - 5.3. Organizowanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób chorych psychicznie upośledzonych umysłowo.
 - 5.4. Organizowanie ośrodków rehabilitacyjno-wychowawczych dla osób z upośledzeniem umysłowym.
 - 5.5. Określenie i wprowadzenie standardów podstawowych świadczeń rehabilitacyjnych i zdrowotnych w środowiskowych domach samopomocy, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych i zajęciowo-rehabilitacyjnych dla osób upośledzonych umysłowo oraz w specjalistycznych usługach opiekuńczych dla osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo.
 - 5.6. Wspieranie procesu pozyskiwania miejsc pracy dla osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo.

V. PREWENCJA CZWARTEGO STOPNIA: BADANIA NAUKOWE I ROZWÓJ SYSTEMÓW INFORMACJI ZDROWOTNEJ

1. Promowanie badań epidemiologicznych i ewaluacyjnych nad jakością działań prewencyjnych I, II i III stopnia.
2. Rozwijanie badań długoterminowych oraz studiów obejmujących małe zbiorowości (miasta, gminy) w celu uzupełnienia zbieranych rutynowo danych statystycznych o rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych oraz problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.
3. Ustanowienie badawczego programu rządowego z zakresu ochrony zdrowia psychicznego finansowanego przez Komitet Badań Naukowych. Preferowane kierunki badań:
 - 3.1. Badania nad psychospołecznymi czynnikami sprzyjającymi rozwojowi i utrzymaniu zdrowia psychicznego oraz nad czynnikami zagrażającymi zdrowiu psychicznemu, w tym:
 - 3.1.1. Badania czynników warunkujących prawidłowy rozwój psychospołeczny dzieci i młodzieży, w szczególności narażonych na sytuacje stresowe.
 - 3.1.2. Ocena rozpowszechniania komplikacji zdrowotnych związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz psychospołeczne i biologiczne czynniki warunkujące nadużywanie tych substancji.
 - 3.1.3. Wpływ nowych zagrożeń społecznych, szczególnie bezrobocia, na stan zdrowia psychicznego.
 - 3.1.4. Ocena przyczyn i uwarunkowań zachowań samobójczych i grup ryzyka.
 - 3.1.5. Ocena czynników ryzyka zaburzeń otepiennych okresu starzenia.

- 3.2. Opracowanie, wdrażanie i ewaluacja nowych metod prewencji zaburzeń psychicznych.
- 3.3. Opracowywanie, wdrażanie i ewaluacja nowych metod diagnostyki, terapii i rehabilitacji zaburzeń psychicznych, w tym uzależnień.
- 3.4. Ocena efektywności leczenia zaburzeń psychicznych i powikłań zdrowotnych związanych z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i metody poprawy jakości tego leczenia.
- 3.5. Ocena efektywności leczenia i rehabilitacji w różnych formach opieki środowiskowej.
- 3.6. Ocena rozpowszechnienia niepełnosprawności społecznej z powodu zaburzeń psychicznych.
- 3.7. Ocena realizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
- 3.8. Monitorowanie efektów wdrażania Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
4. Dostosowanie i wykorzystanie systemów statystyki medycznej do oceny stanu zdrowia psychicznego populacji oraz oceny funkcjonowania i kosztów opieki zdrowotnej.