

Załącznik nr 1 do uchwały nr 3757/VI/21  
Zarządu Województwa Dolnośląskiego  
z dnia 24 maja 2021 r.



REGIONALNY PROGRAM OCHRONY  
ZDROWIA PSYCHICZNEGO

2021-2027

DEPARTAMENT ZDROWIA

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

## SPIS TREŚCI

1. PODSTAWY FORMALNO - PRAWNE PROGRAMU.....	2
1.1. opracowania światowej organizacji zdrowia i unii europejskiej .....	2
1.2. uwagi dotyczące reformy w psychiatrii na podstawie doświadczeń międzynarodowych .....	4
1.3. uwarunkowania i podstawy prawne ochrony zdrowia psychicznego w Polsce .....	5
2. CHARAKTERYSTYKA ZASOBÓW OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM.....	6
2.1. Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży .....	15
2.2. Opieka nad osobami z problemami psychicznymi - świadczenie realizowane w ramach pomocy społecznej.....	18
2.3. Zasoby kadrowe.....	20
3. STAN ZDROWIA PSYCHICZNEGO MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA.....	22
3.1. Absencje chorobowe .....	25
3.2. Analiza map potrzeb zdrowotnych – zachorowalność rejestrowana w województwie dolnośląskim.....	26
3.3. Psychiatria dzieci i młodzieży .....	27
3.4. Samobójstwa .....	28
3.5. Psychogeriatrya .....	29
3.6. Epidemia covid-19 - funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej na dolnym śląsku, konsekwencje zdrowotne dla obywateli .....	30
4. NIEZBĘDNE KIERUNKI ZMIAN I WARUNKI ROZWOJU PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ .....	32

# 1. PODSTAWY FORMALNO - PRAWNE PROGRAMU

Obowiązek opracowania Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wynika z zapisów Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Kluczowym celem tego dokumentu jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości oraz przeciwdziałanie ich dyskryminacji. Takie cele wiążą się z całkowitą zmianą modelu leczenia, z długoterminowego w dużych szpitalach psychiatrycznych - na model środowiskowy ściśle powiązany z usługami na poziomie społeczności lokalnej. Istotą takiego podejście jest rozwinięcie sieci wsparcia środowiskowego, wzmocnienia wewnętrznych sił i zasobów jednostki do walki z chorobą, aby ograniczyć tym samym potencjalną, czy powtarzającą się hospitalizację. Należy również zaznaczyć, że reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), Unię Europejską (UE) i Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), ale również przez wiele organizacji pozarządowych.

## 1.1. OPRACOWANIA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA I UNII EUROPEJSKIEJ

Podstawowym dokumentem Światowej Organizacji Zdrowia odnoszącym się do ochrony zdrowia psychicznego jest opublikowany w październiku 2001 r. raport zatytułowany „Mental health: new understanding, new hope” (Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja), prezentujący współczesne spojrzenie na problematykę zdrowia psychicznego i chorób psychicznych oraz dostarczający wielu zaleceń do wdrożenia w praktyce, w ramach realizacji programów ochrony zdrowia psychicznego. Wiodącym dokumentem Unii Europejskiej, w którym umieszczono zapisy dotyczące ochrony zdrowia, a ściślej zdrowia publicznego, jest art. 152 Traktatu Ustanawiającego Wspólnotę Europejską. W myśl powyższego przepisu działania Wspólnoty winny uzupełniać narodowe polityki zdrowotne, w pełni respektując odpowiedzialność krajów członkowskich za organizację opieki medycznej oraz zaopatrzenie w usługi zdrowotne. Powinny być ukierunkowane na poprawę zdrowia publicznego, prewencję chorób oraz eliminowanie zagrożeń dla zdrowia.

W dwóch rezolucjach z 18 listopada 1999 roku, Rada Unii Europejskiej, przywołując wcześniejsze dokumenty oraz nawiązując do dorobku wspólnego posiedzenia Światowej Organizacji Zdrowia i Komisji Europejskiej z kwietnia 1999 r., a także dorobku Europejskiej Konferencji Promocji Zdrowia Psychicznego i Społecznego Uczestnictwa odbytej w Tampere (Finlandia) w październiku 1999 r. uznała, że:

- zdrowie psychiczne jest nieodłączną częścią zdrowia ogólnego;

- zdrowie psychiczne wpływa znacząco na jakość życia oraz pełne społeczne i ekonomiczne uczestnictwo;
- problemy i choroby psychiczne są powszechne, powodują cierpienie i niepełnosprawność, zwiększają śmiertelność i mają negatywny wpływ na gospodarkę narodową;
- problemy w zakresie zdrowia psychicznego są często związane z bezrobociem, społeczną marginalizacją i wykluczeniem, bezdomnością, nadużywaniem narkotyków i alkoholu;
- istnieją efektywne metody promocji zdrowia psychicznego oraz zapobiegania problemom i chorobom psychicznym;
- istnieje potrzeba promocji zdrowia psychicznego przede wszystkim wśród dzieci i młodzieży oraz osób starszych.

Do dokumentów międzynarodowych, w sposób istotny kreujących politykę w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, należy także Helsińska Deklaracja Ministrów Zdrowia Krajów Europejskich z 2005 r. pt. „*Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy*”. Do jej najistotniejszych postanowień należą:

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

Kolejnym ważnym krokiem było ogłoszenie przez Komisję Europejską w październiku 2005 r. *Zielonej Księgi* w sprawie poprawy zdrowia psychicznego ludności – proponującej strategię zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej. Dokument ten nawiązuje do Deklaracji Helsińskiej i jest realizacją jej zapisów w krajach UE. Zgodnie z zapisami *Zielonej Księgi* najważniejszymi zadaniami dla reformowania polityki ochrony zdrowia psychicznego w krajach UE są:

- promocja zdrowia psychicznego, rozumiana jako konieczność wspierania zdrowia psychicznego wszystkich ludzi;
- działania profilaktyczne podejmowane wobec grup narażonych na zagrożenia dla zdrowia psychicznego czyli zapobieganie złemu stanowi zdrowia psychicznego;
- integracja społeczna oraz ochrona praw i godności ludzi chorych i niepełnosprawnych, skutkująca poprawą jakości życia psychicznego;
- działalność naukowa i dydaktyczna w zakresie badań i upowszechnienia wiedzy na temat zdrowia psychicznego – stworzenie zasad systemu gromadzenia i przekazu informacji oraz współpracy między krajami UE.

Przyjęcie *Zielonej Księgi* doprowadziło do zorganizowania przez Komisję Europejską, w czerwcu 2008 r., w Brukseli, konferencji w sprawie zdrowia psychicznego. Jej efektem było ustanowienie „*Europejskiego Paktu na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego*”, zawierającego zalecenia kierunkowe dla działań na rzecz poprawy stanu zdrowia psychicznego w Europie, w tym w szczególności w zakresie pięciu priorytetowych obszarów zdrowia psychicznego:

- zapobieganie samobójstwom i depresji;
- zdrowie psychiczne młodzieży w kontekście zagadnień związanych z edukacją;
- zdrowie psychiczne w środowisku zawodowym;
- zdrowie psychiczne osób starszych;
- zwalczanie uprzedzeń i wykluczenia społecznego.

„*Europejski Pakt...*” daje legitymację różnym podmiotom (m. in. instytucjom i organom UE, rządów krajów członkowskich, samorządom regionalnym, organizacjom społeczeństwa obywatelskiego) do inicjatyw w zakresie wspólnych działań na rzecz poprawy poziomu zdrowia psychicznego.

## 1.2. UWAGI DOTYCZĄCE REFORMY W PSYCHIATRII NA PODSTAWIE DOŚWIADCZEŃ MIĘDZYNARODOWYCH

Pojawiające się w piśmiennictwie międzynarodowym wypowiedzi polemiczne na temat reform w psychiatrii podnoszą następujące kwestie<sup>1</sup>:

- psychiatria musi być zdecydowanie lepiej finansowana;
- rozwój psychiatrii środowiskowej jest niezbędny, ale efekty muszą być poddane ocenie naukowej (evidence-base opinion), a także konsultacjom społecznym. Wszelkie działania organizacyjno-restrukturyzacyjne powinny być poparte dokładną analizą sytuacji obecnej, obejmującej charakterystykę użytkowników systemu (pacjentów) i dotychczas stosowanych rozwiązań prawnych, medycznych i społecznych;
- likwidacja lub redukcja łóżek psychiatrycznych powinna być ściśle powiązana z równoczesnym rozwojem form środowiskowych, rehabilitacyjnych i dostępnością do rynku pracy dla osób opuszczających szpital;
- pod uwagę musi być brany aspekt kulturowy, gdyż uwolnieniu pacjentów ze szpitali psychiatrycznych, szczególnie z tych o długim okresie pobytu może towarzyszyć ostracyzm społeczny;
- pacjent powinien mieć prawo decydować jaka forma leczenia bardziej mu odpowiada, szpitalna czy środowiskowa;

---

<sup>1</sup> Torrey EF, Entsminger K, Geller J, et al. The shortage of public hospital beds for mentally ill persons; 2008. The Treatment Advocacy Center. Arlington, VA. [http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/the\\_shortage\\_of\\_publichospital\\_beds.pdf](http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/the_shortage_of_publichospital_beds.pdf). Accessed January 15, 2016

- należy w sposób ciągły prowadzić badania procesu, w szczególności zwracając uwagę na korzyści uzyskane przez pacjenta i ich rodziny, monitorując koszty, a także efekty niezamierzone, np. wzrost bezdomności czy przesunięcia osób zwolnionych ze szpitali do instytucji penitencjarnych.

Warto, aby na poziomie krajowym i regionalnym – wszystkie te zalecenia – były uwzględniane przy podejmowaniu decyzji dotyczących reformowania opieki psychiatrycznej.

### 1.3 UWARUNKOWANIA I PODSTAWY PRAWNE OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W POLSCE

Prawo do ochrony zdrowia uważa się za prawo konstytucyjne, wyrażone w art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej gdzie zapisano, iż „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Zapis ten obejmuje również prawo do ochrony zdrowia psychicznego. Regulacje w tym zakresie zawarte są w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685). Celem ustawy jest zapewnienie właściwej gwarancji poszanowania praw i wolności obywatelskich, wśród których zdrowie psychiczne zajmuje kluczową pozycję.

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

1. polegające na promocji zdrowia psychicznego, zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz kształtowaniu właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałaniu ich dyskryminacji,
2. zmierzające do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) 2021-2025 wśród celów operacyjnych dla poprawy Zdrowia Publicznego wskazuje promocję zdrowia psychicznego. Kolejny ważny dokument, nawiązujący do rekomendacji WHO i UE, to Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), którego pierwszy etap był realizowany w latach 2011-2015. Głównym jego celem była promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, a także zapewnienie osobom z takimi zaburzeniami dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia i pomocy, które umożliwią im życie w rodzinie i społeczeństwie. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli (NIK) etap ten zakończył się niepowodzeniem ze względu na brak źródeł finansowania zmian, brak koordynacji, postawienie zbyt ogólnych celów, co nie zwiększyło dostępności do świadczeń, a wręcz przeciwnie w czasie trwania programu odnotowano pogorszenie niektórych wskaźników, m. in. wzrost liczby zamachów samobójczych. Na kanwie raportu NIK realizowana jest obecnie druga edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.<sup>2</sup>

Opracowany Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (RPOZP) jest dokumentem wieloletnim, dotyczącym województwa dolnośląskiego w jego granicach

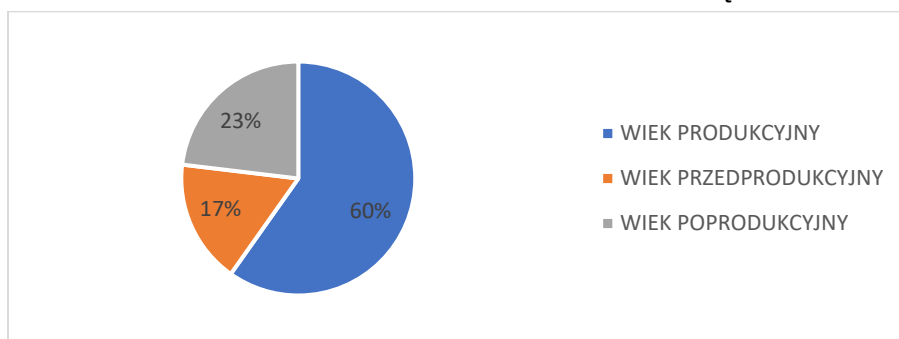
<sup>2</sup> <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/fiasco-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html>

administracyjnych. Zawiera podstawy prawne regulujące ochronę zdrowia psychicznego, prezentuje sytuację epidemiologiczną w regionie, a w wybranych wskaźnikach na tle kraju oraz dokonuje oceny zasobów psychiatrycznej opieki w województwie, określając jednocześnie priorytetowe działania i pożądane kierunki zmian. RPOZP jest zgodny z zapisami regionalnych dokumentów strategicznych, w tym z Priorytetami dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Dolnośląskiego na lata 2019-2021, a także Dolnośląskim Programem Integracji Społecznej.

## 2. CHARAKTERYSTYKA ZASOBÓW OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM

Województwo dolnośląskie zamieszkuje około 2,9 mln mieszkańców, co stanowi 7,6% ludności kraju. Jest to piąte pod względem liczby ludności województwo w Polsce. Prawie 69% ludności tego województwa mieszka w miastach. Województwo dolnośląskie jest czwartym najgęściej zaludnionym regionem Polski (po śląskim, małopolskim i mazowieckim). W 2016 r. na 1 km<sup>2</sup> zamieszkiwało średnio 146 osób (wobec 123 osób w skali kraju). Analizując strukturę ludności największe obecnie różnice w liczebności populacji kobiet i mężczyzn można zaobserwować u osób starszych (powyżej 65 roku życia). Ma to odzwierciedlenie w wartości współczynnika feminizacji, który wyniósł 108 kobiet na 100 mężczyzn dla województwa ogółem, natomiast w grupie osób w wieku 65 lat i więcej - 164 (wobec 158 przeciętnie w Polsce)<sup>3</sup>. Jeżeli chodzi o wiek mieszkańców Dolnego Śląska to źródła podają następujący podział.

RYC. 2.1 WIEK MIESZKAŃCÓW DOLNEGO ŚLĄSKA



Źródło: <https://www.polskawliczbach.pl/dolnoslaskie> - 18 grudnia 2020 r.

W poniższym zestawieniu ukazane zostały zasoby instytucjonalne psychiatrycznej opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku w ramach kontaktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

<sup>3</sup> <http://mpz.mz.gov.pl/> - 12 grudnia 2020 r.

TABELA 2.1 ZASOBY PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA DOLNYM ŚLĄSKU  
FINANSOWANE Z NFZ W 2020 R.

JEDNOSTKA TERYTORIALNA	LICZBA LUDNOŚCI (w tys.)	DZIECI I MŁODZIEŻ				DOROŚLI		
		Liczba Poradni	Poradnie Psychologicz no- Psychoterap eutyczne	Świadcze nia Dzienne	Odziały Szpital ne	Liczba Poradni	Świadc zenia Dzienn e	Szpital Psychiatryczny /SP/ Odziały Szpitalne, Psychiatryczne, Ogólne /OP/ Centrum Zdrowia Psychicznego /CZP/
Powiat górowski	35,182					2		
Powiat milicki	37,093	2			OP	2	1	OP
Powiat strzeliński	43,733	1	1	1		3	1	
Powiat złotoryjski	43,869					4		SP
Powiat kamiennogórski	43,621					1		
Powiat lwówecki	46,059		1			2		CZP
Powiat wołowski	47,056				OP	4		SP
Powiat średzki	54,269					1		
Powiat jaworski	50,545					2		
Powiat legnicki	55,326					2		
Powiat lubański	54,699					1		
Powiat polkowicki	62,982		1			3		
Powiat jeleniogórski	63,855	1	1			1		
Powiat ząbkowicki	65,428					3		
Powiat oławski	76,595					2		
Powiat trzebnicki	84,886		1			3		
m. Jelenia Góra	79,480	1		1		3	2	
Powiat głogowski	89,541	1				3	1	
Powiat bolesławiecki	90,200	1	1		OP	4	CZP	SP, CZP
Powiat zgorzelecki	90,003	2	1	1	OP	2	1	OP
Powiat dzierzoniowski	101,437	2	1	1	OP	5		



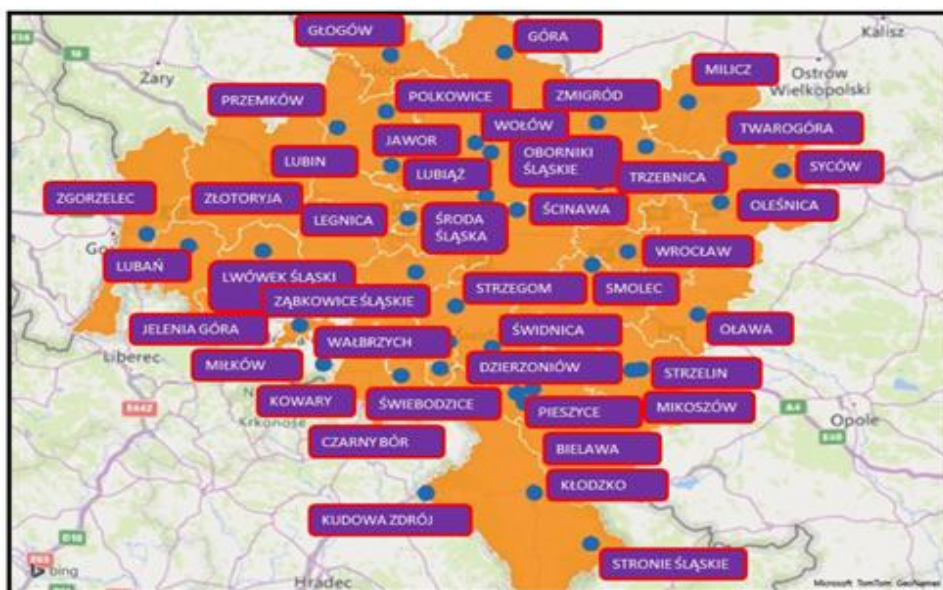
JEDNOSTKA TERYTORIALNA	LICZBA LUDNOŚCI (w tys.)	DZIECI I MŁODZIEŻ				DOROŚLI		
		Liczba Poradni	Poradnie Psychologicz no- Psychoterap eutyyczne	Świadcze nia Dzienne	Odziały Szpital ne	Liczba Poradni	Świadc zenia Dzienn e	Szpital Psychiatryczny /SP/ Odziały Szpitalne, Psychiatryczne, Ogólne /OP/ Centrum Zdrowia Psychicznego /CZP/
m. Legnica	99,752	2				6	3	OP
Powiat oleśnicki	107,062					4		
Powiat lubiński	106,254		1			6	1	
Powiat wrocławski	146,060	1	1			2		
m. Wałbrzych	112,594	2	1	1		4	1	OP
Powiat świdnicki	157,615	1	1			6		
Powiat kłodzki	159,337					5		OP
Powiat wałbrzyski	56,004					4		
m. Wrocław	640,648	11	5	3	OP	19	3	SP, OP, OP
<b>Suma</b>	<b>2,901,185</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>109</b>	<b>14</b>	<b>SP-4, OP-7, CZP-1</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ – 30.06.2020 oraz GUS 31.12.2018

W wojewódzkim rejestrze podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej wykazano: 288 Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP)<sup>4</sup>. Na Ryc. 2.2. przedstawiono rozmieszczenie poradni, które świadczą usługi w ramach kontraktu z NFZ (bez uzależnień). Pacjent w ramach PZP ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad (diagnostyka i terapia), wizyt domowych (zespoły leczenia środowiskowego) oraz sesji psychoterapii.

<sup>4</sup> źródło: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim, stan na koniec czerwca 2020 r.

RYC. 2.2 ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ – 30.06.2020 r.

Poza poradniami i systemem opieki środowiskowej, dla osób z zaburzeniami psychicznymi dedykowane są również pośrednie formy leczenia w ramach oddziałów dziennych. Świadczenia dzienne psychiatryczne udzielane są osobom powyżej 18 roku życia w zakresie diagnostyki, leczenia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (z wyłączeniem zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych oraz upośledzenia umysłowego). Są to spotkania realizowane w godzinach przedpołudniowych, od poniedziałku do piątku. Na Ryc. 2.3 przedstawione zostało rozmieszczenie takich ośrodków w województwie dolnośląskim.

RYC. 2.3 ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ – 30.06.2020 r.

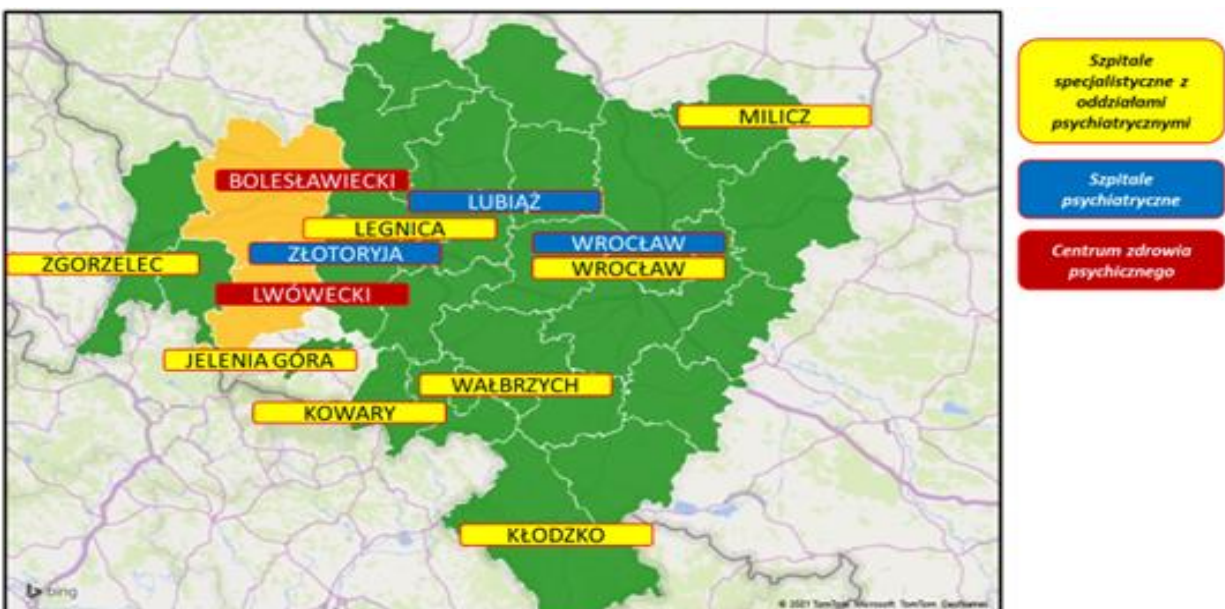
Kolejną formą świadczeń w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są usługi stacjonarne realizowane w szpitalach psychiatrycznych i w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych. W województwie dolnośląskim funkcjonują następujące jednostki:

- 4 szpitale psychiatryczne (w Polsce - 46, najwięcej w woj. mazowieckim - 8 i śląskim - 5);
- 9 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

Szpital Psychiatryczny w Bolesławcu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2364 z późn. zm.) od 1 października 2018 roku do 31 grudnia 2022 roku, realizuje program pilotażowy w zakresie Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), które swoim zasięgiem obejmuje powiat bolesławiecki, a od 1 sierpnia 2020 roku dodatkowo powiat lwówecki.

Na Ryc. 2.4 przedstawiono szczegółową lokalizację jednostek stacjonarnych na Dolnym Śląsku.

RYC. 2.4 ODDZIAŁY PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE DLA DOROSŁYCH



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ – kwiecień 2021

Świadczenia realizowane w formie całodobowej obejmują diagnostykę oraz leczenie wszystkich rodzajów zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Tab. 2.2 przedstawia szczegółowy rozkład łóżek psychiatrycznych ogólnych w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych (dane NFZ z kwiecień 2021 r).

TABELA 2.2 ODDZIAŁY PSYCHIATRYCZNE OGÓLNE - LICZBA ŁÓŻEK (KONTRAKT Z NFZ W 2021 R.)

NAZWA PODMIOTU	LICZBA ŁÓŻEK
"Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku	15
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu	27
Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Spółka z o. o.	178
Milickie Centrum Medyczne Spółka z o. o.	91
Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokołowskiego	73
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego We Wrocławiu	20
Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	48
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu	60
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi	88
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	36
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu	88
<b>SUMA</b>	<b>724</b>

Z powyższego zestawienia wynika, że Liczba łóżek psychiatrycznych ogólnych z wyłączeniem CZP wynosi **724**, w tym 414 – w szpitalach psychiatrycznych; 310 – w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych.

Dla CZP w Bolesławcu przypisano umownie 24 łóżka uwzględniając ryczałt kontraktowy na wszystkie świadczenia ambulatoryjne i dzienne (łóżka te nie były uwzględniane w całkowitej puli łóżek na Dolnym Śląsku).

Wskaźnik dostępności łóżek dla woj. dolnośląskiego z wyłączeniem CZP w Bolesławcu (populacja 2 290 938) (wszystkie łóżka psychiatryczne ogólne): **31,60/100 tys.**

Wskaźnik dostępności łóżek dla woj. dolnośląskiego z wyłączeniem CZP (łóżka psychiatryczne ogólne w szpitalach psychiatrycznych): **18,07/100 tys.**

Wskaźnik dostępności łóżek dla woj. dolnośląskiego z wyłączeniem CZP (łóżka psychiatryczne ogólne w oddziałach psychiatrycznych): **13,53/100 tys.**

Wskaźnik łóżek w Polsce: **62,23/100 tys.**

dane z Eurostat 2018

Liczba łóżek psychiatrycznych ogólnych z wyłączeniem CZP i m. Wrocławia wynosi **505**, w tym 242 – w szpitalach psychiatrycznych; 263 – w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych.

Wskaźnik dostępności łóżek dla woj. dolnośląskiego z wyłączeniem CZP w Bolesławcu i m. Wrocław (wszystkie łóżka psychiatryczne ogólne): **28,74/100 tys.**

Wskaźnik dostępności łóżek dla woj. dolnośląskiego z wyłączeniem CZP i m. Wrocław (łóżka psychiatryczne ogólne w szpitalach psychiatrycznych): **13,77/100 tys.**

Wskaźnik dostępności łóżek dla woj. dolnośląskiego z wyłączeniem CZP i m. Wrocław (łóżka psychiatryczne ogólne w oddziałach psychiatrycznych): **14,97/100 tys.**

Liczba łóżek psychiatrycznych ogólnych w m. Wrocław wynosi **225**, w tym 178 – w szpitalu psychiatrycznym (DCZP); 47 – w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych.

Wskaźnik dostępności łóżek psychiatrycznych ogólnych w m. Wrocław: **42,16/100 tys.**

Wskaźnik dostępności łóżek psychiatrycznych ogólnych w m. Wrocław (łóżka w szpitalu psychiatrycznym – DCZP z Izłą Przyjęć): **33,35/ 100 tys.**

Wskaźnik dostępności łóżek psychiatrycznych ogólnych w m. Wrocław (łóżka w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych – bez Izby Przyjęć, tylko przyjęcia uzgodnione): **8,8/ 100 tys.**

Wskaźnik łóżek szpitalnych dostarcza informacji o możliwościach opieki zdrowotnej, czyli o maksymalnej liczbie pacjentów w określonej populacji, którzy mogą być leczeni w szpitalu<sup>5</sup>.

Zasady przyjęć do szpitala psychiatrycznego reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi, następuje za jej pisemną zgodą (art. 22), na podstawie ważnego skierowania, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia, lub bez skierowania w nagłych przypadkach, po osobistym zbadaniu przez lekarza. Warunki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym bez zgody określają art. 23, 24 i 28 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2020 r. poz. 685). Natomiast w art. 29 ww. ustawy określone są warunki przyjęcia bez zgody w trybie wnioskowym. Przyjęcia w ramach trybu nagłego podlegają kontroli sądowej. W przypadku trybu wnioskowego przyjęcie odbywa się po uprawomocnieniu orzeczenia sądu w tej sprawie.

Stosowanie przymusu bezpośredniego w sytuacjach opisanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (UoOZP) jest powszechnym zjawiskiem w instytucjach psychiatrycznych, dlatego podlega ustawowo regulowanej kontroli. W odpowiednich kwestionariuszach odnotowywane są dane ilościowe i jakościowe stosowanego przymusu.

Analiza kwestionariuszy monitorowania UoOZP w szpitalu psychiatrycznym we Wrocławiu (Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. o. o.) z lat 2011-2015 wykazała wysoki, utrzymujący się na stałym poziomie (z niewielkimi odchyleniami) odsetek przyjęć bez zgody, ze średnim wskaźnikiem pięcioletnim 28,92% (65,14/ na 100 tys.). Wskaźnik wrocławski, aczkolwiek wyższy od krajowego (41/100 tys.)<sup>6</sup> mieścił się w przedziale średnich wartości jakie odnotowano

<sup>5</sup> Opracowanie: prof. Andrzej Kiejna (08.02.2021 r.)

<sup>6</sup> Langiewicz W, Pasiorowska M. Różnicowanie terytorialne przymusowych hospitalizacji oraz przymusu bezpośredniego w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku. *Post Psych Neurol.* 2009; 18: 51-58.

w takich krajach jak Wielka Brytania (48/100 tys.), Irlandia (74/100 tys.) i był około trzykrotnie niższy niż w Niemczech (175/100 tys.). Zdecydowana większość przyjęć bez zgody odbywała się na podstawie art. 23.1 (tryb nagły). Przyjęcia bez zgody (według kolejności) najczęściej dotyczyły osób z rozpoznaniem F20 (schizofrenia), F31 (zaburzenia afektywne dwubiegunowe), F25 (zaburzenia schizofektywne), F10-19 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych)<sup>7</sup>.

Dla porównania w badaniu przeprowadzonym w oddziałach psychiatrycznych szpitala ogólnego w Miliczu na podstawie dokumentacji z lat 2013-2018 średni wskaźnik przyjęć bez zgody wynosił 15,4% i podobnie jak w DCZP, zdecydowanie najczęściej dotyczył przyjęć z artykułu 23.1 i z diagnozą F20 (kobiety 48,47% oraz mężczyźni 51,53%)<sup>8</sup>. W badaniu przeprowadzonym w latach 1996-2005 wykazano, iż średnie wartości wskaźników przyjęć bez zgody wynosiły w tamtym okresie 8,7% dla całego kraju, a najwyższy wskaźnik na poziomie 15,0% odnotowano w województwie dolnośląskim<sup>9</sup>. Poza oddziałami ogólnymi w ramach opieki stacjonarnej wyróżnić można również inne świadczenia specjalistyczne. W Tab. 2.3 przedstawiono wykaz jednostek na Dolnym Śląsku świadczących usługi psychiatryczne dla pacjentów ramach oddziałów sądowych.

TABELA 2.3 ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE W RAMACH ODDZIAŁÓW SĄDOWYCH

<b>ŚWIADCZENIA PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH PODSTAWOWEGO ZABEZPIECZENIA</b>	<b>LICZBA ŁÓŻEK</b>
"Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku	35
Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Spółka z o. o.	10
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu	50
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu	90
SUMA	<b>185</b>
<b>ŚWIADCZENIA PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA</b>	<b>LICZBA ŁÓŻEK</b>
"Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku	20
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu	60
SUMA	<b>80</b>
<b>ŁĄCZNIE ŁÓŻKA SĄDOWE</b>	<b>265</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ – kwiecień 2021 r.

<sup>7</sup> Kiejna A, Jakubczyk M, Chładzińska-Kiejna S, Baranowski P, Gondke T. Przyjęcia bez zgody oraz stosowanie przymusu bezpośredniego na przykładzie szpitala psychiatrycznego we Wrocławiu. Adv Psychiatrii Neurol 2017; 26:127-139

<sup>8</sup> Kuna A. Przyjęcia bez zgody w oddziale psychiatrycznym w szpitalu wielospecjalistycznym w Miliczu w latach 2013 – 2018. Praca dyplomowa. DSW. 2019 – manuskrypt

<sup>9</sup> Brodnyk W, Langiewicz W, Welbel S: Monitoring of the Polish Mental Health Act implementation in the years 1996-2005. BMC Psychiatr 2007,7 (suppl. I), S100



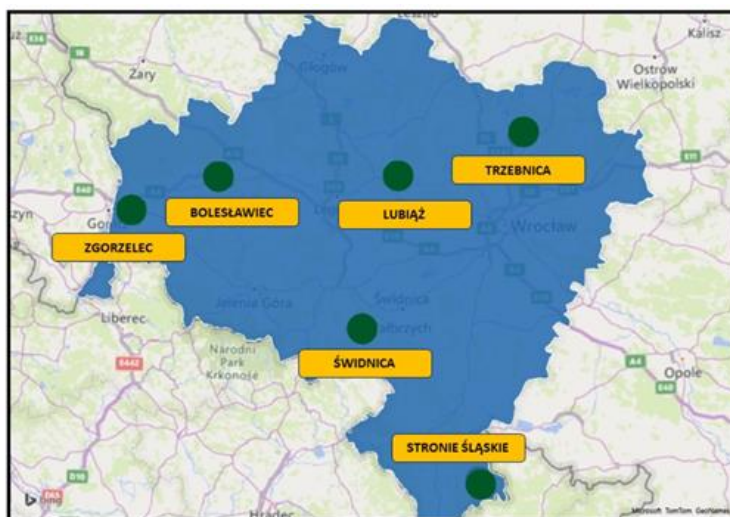
TABELA 2.4 ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE STACJONARNE DLA DOROSŁYCH

<b>ŚWIADCZENIA W RAMACH ODDZIAŁÓW LECZENIA ZABURZEŃ NERWICOWYCH</b>	<b>LICZBA ŁÓŻEK</b>
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Powiatowe Centrum Zdrowia w Kowarach	15
SP ZOZ Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Jeleniej Górze	145
SUMA	<b>160</b>
<b>ŚWIADCZENIA REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ</b>	<b>LICZBA ŁÓŻEK</b>
Ośrodek Badawczo - Naukowo - Dydaktyczny Chorób Otepiennych im. Księdza Henryka Kardynała Gulbinowicza	20
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy	30
SUMA	<b>50</b>
<b>ŚWIADCZEŃ PSYCHIATRYCZNYCH DLA CHORYCH SOMATYCZNIE</b>	<b>LICZBA ŁÓŻEK</b>
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu	<b>24</b>
<b>ŚWIADCZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE</b>	<b>LICZBA ŁÓŻEK</b>
Ośrodek Badawczo - Naukowo - Dydaktyczny Chorób Otepiennych im. Księdza Henryka Kardynała Gulbinowicza	<b>48</b>
<b>ŁĄCZNIE LICZBA ŁÓŻEK SPECJALISTYCZNYCH PSYCHIATRYCZNYCH</b>	<b>282</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ – kwiecień 2021 r.

Dla pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale jednocześnie ze względu na utrwalone zaburzenia zachowania nie można im zapewnić opieki w warunkach domowych, dedykowane są zakłady opiekuńczo - lecznicze psychiatryczne, które świadczą usługi z zakresu opieki, pielęgnacji i rehabilitacji. Na terenie województwa zlokalizowanych jest 6 takich ośrodków (Ryc. 2.5).

RYC. 2.5 ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO - LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ – 30.06.2020 r.

TABELA 2.5 LICZBA ŁÓŻEK OPIEKUŃCZO - LECZNICZYCH PSYCHIATRYCZNYCH

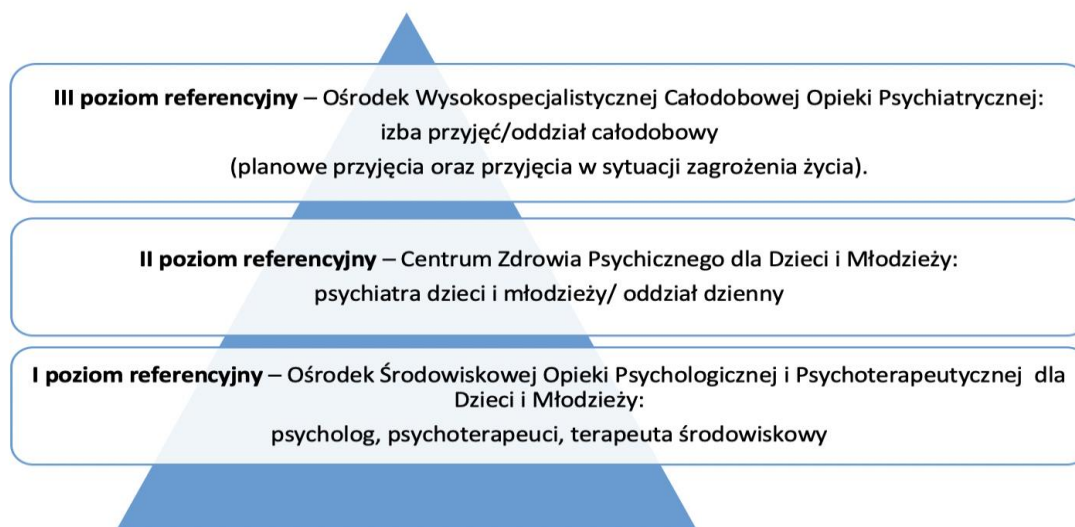
NAZWA PODMIOTU	LICZBA ŁÓŻEK
Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. a o. o.	20
Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	133
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu	101
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu	107
Wojewódzkie Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim	327
InterMed Spółka z o. o.	44
SUMA	<b>732</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ – kwiecień 2021 r.

### 2.1. ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Od ostatnich dwóch lat dokonują się istotne zmiany w modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1640) oraz znowelizowanym rozporządzeniem z dnia 16 września 2020 r. (Dz. U. poz. 1641) wprowadza się zmiany dotyczące świadczeń, które odnoszą się do nowo powstałych trzech poziomów referencyjnych. Zmiany te są w trakcie wprowadzania.

#### RYC. 2.6 TRZY POZIOMY POMOCY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO



Źródło: wykres Ministerstwa Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy> - 30 grudnia 2020 r.



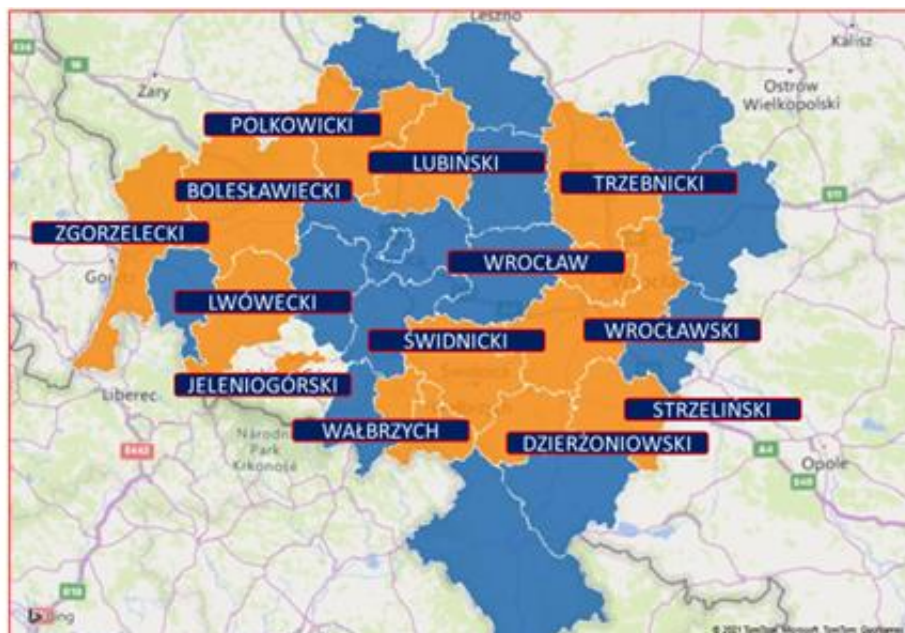
Pierwszy poziom referencyjny stanowią **Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży**, które docelowo będą funkcjonowały w każdym powiecie. Będą tam zatrudnieni psycholodzy, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi. Ważne, że pacjenci mogą skorzystać z oferty tych ośrodków bez skierowania lekarskiego, co dzięki szybkiej pomocy może zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia psychicznego pacjenta i uniknąć hospitalizacji, która jest trudnym doświadczeniem dla młodej osoby. Pierwsze ośrodki I stopnia referencyjnego zostały uruchomione 1 kwietnia 2020 roku, kolejne umowy podpisano od 1 grudnia 2020 r. Gęsta sieć placówek umożliwi współpracę ze środowiskiem lokalnym, w tym z placówkami oświatowymi. Współpraca ze szkołami i poradniami pedagogiczno - psychologicznymi działającymi w ramach resortu oświaty jest bardzo istotna dla zapewnienia skutecznej i kompleksowej opieki. Drugi poziom referencyjny to - **Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży**. Będzie tam zatrudniony między innymi lekarz psychiatra, a pacjenci będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach oddziału dziennego. Jeden taki ośrodek obejmowałby wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów. Trzeci poziom referencyjności przypisano **Ośrodkom wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej**. W takich jednostkach będą się leczyć pacjenci wymagający specjalistycznej diagnostyki i przyjmowani w stanach nagłych z powodu zagrożenia życia i zdrowia. Ze względu na dobro społeczne konieczne jest, aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden taki ośrodek, który będzie również pełnił funkcję szkoleniową<sup>10</sup>.

W ramach I poziomu referencyjnego w 2020 r. NFZ podpisał umowę z 17 podmiotami z terenu Dolnego Śląska, w tym 5 placówkami zlokalizowanymi we Wrocławiu i 1 z obszaru powiatu wrocławskiego. Do kwietnia 2021 r. nie zawarto umów na świadczenia w pozostałych dwóch zakresach.

---

<sup>10</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy> - 30 grudnia 2020 r.

RYC. 2.7 OŚRODKI ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY



źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ – 04.02.2021 r.

Na Ryc. 2.8 przedstawiono rozmieszczenie funkcjonujących form pomocy stacjonarnej w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży na terenie Województwa Dolnośląskiego według danych NFZ.

RYC. 2.8 ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ- 30.06.2020 r.

TABELA 2.6 ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - LICZBA ŁÓŻEK

NAZWA PODMIOTU	LICZBA ŁÓŻEK
Milickie Centrum Medyczne Sp. z o. o.	21
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sudeckie centrum Zdrowia	29
Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	19
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu	15
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	28
SUMA	<b>112</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ – 30.06.2020 r.

- Wskaźnik łóżek dla dzieci i młodzieży na Dolnym Śląsku (tylko w oddziałach szpitali ogólnych)-19,57/100 000
- Wskaźnik łóżek dla dzieci i młodzieży we Wrocławiu (tylko w oddziałach szpitali ogólnych)-16,35/100 000<sup>11</sup>.

Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich realizowane są w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu (33 łóżka).

## 2.2. OPIEKA NAD OSOBAMI Z PROBLEMAMI PSYCHICZNYMI - ŚWIADCZENIE REALIZOWANE W RAMACH POMOCY SPOŁECZNEJ

Zaburzenia psychiczne wskutek swojej długotrwałości lub nawrotowego przebiegu mogą powodować duże trudności w funkcjonowaniu społecznym danej osoby i w konsekwencji prowadzić do wykluczenia społecznego, ubóstwa oraz bezdomności. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. - jednostki gminnego i powiatowego samorządu terytorialnego mają obowiązek udzielenia wsparcia takim osobom, który to obowiązek realizują poprzez ośrodki pomocy społecznej (OPS) i powiatowe centra pomocy rodzinie (PCPR) jako zadania własne gmin i powiatów lub zlecone przez administrację rządową. Organy administracji rządowej i samorządowej współpracują w zakresie tworzenia oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi z organizacjami pozarządowymi, kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi<sup>12</sup>.

Ośrodki Pomocy Społecznej udzielają pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w następujących formach:

<sup>11</sup> Opracowanie: prof. Andrzej Kiejna (08.02.2021)

<sup>12</sup> „Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół” Maria Załuska, Warszawa 2015

- pracy socjalnej
- świadczeń finansowych (zasiłki losowe) i rzeczowych (odzież, pożywienie, schronienie)
- przyznają wsparcie usługowe
- kierują do ośrodków poradnictwa specjalistycznego
- kierują do ośrodków wsparcia- np. środowiskowy dom samopomocy
- zapewniają mieszkania chronione
- kierują do domów pomocy społecznej.

Przy Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie bardzo często powstają ośrodki interwencji kryzysowej, które również udzielają wsparcia osobom z problemami psychicznymi.

Środowiskowe domy samopomocy - celem tych jednostek jest świadczenie usług osobom, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych, wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększania zaradności i samodzielności życiowej, a także ich integracji społecznej. Usługi te świadczone są w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. W zależności od kategorii osób, dla których są prowadzone środowiskowe domy samopomocy, rozróżnia się następujące typy tych jednostek:

- 1- typ A - dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- 2- typ B - dla osób upośledzonych umysłowo,
- 3- typ C - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych,
- 4- typ D – dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Aktualnie na terenie województwa funkcjonują 42 Środowiskowe Domy Samopomocy z 1485 miejscami<sup>13</sup>.

Domy pomocy społecznej - wśród rodzajów domów pomocy społecznej możemy wyróżnić domy dla osób przewlekle psychicznie chorych. Powołując się na dane z rejestru Wojewody Dolnośląskiego na terenie województwa funkcjonuje 9 takich placówek z 887 miejscami.

Inne formy wsparcia i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi:

- Warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) - jest to wyodrębniona organizacyjnie i finansowo placówka stwarzająca osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do podjęcia pracy, możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywrócenia umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia.
- Zakłady aktywności zawodowej (ZAZ) - celem ich działania jest aktywizacja zawodowa osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, a także osób chorujących psychicznie, z autyzmem lub niepełnosprawnością intelektualną posiadających umiarkowany stopień

<sup>13</sup> Dane Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego z 26 czerwca 2020 r.

niepełnosprawnością, u których istnieje potrzeba podjęcia zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej.

### 2.3. ZASOBY KADROWE

Poza zasobami infrastrukturalnymi na jakość udzielanych świadczeń bardzo istotny wpływ ma zaplecze kadrowe, ilość i rodzaj poszczególnych specjalistów. Determinuje to nie tylko wielkość kontraktu NFZ, ale również możliwość udzielania jakichkolwiek świadczeń. Dla pełnego zobrazowania sytuacji w naszym regionie, poniżej zestawienie porównawcze na tle niektórych województw w Polsce.

TABELA 2.7 ZASOBY KADROWE W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ NA DOLNYM ŚLĄSKU – PORÓWNANIE NA TLE INNYCH WOJEWÓDZTW

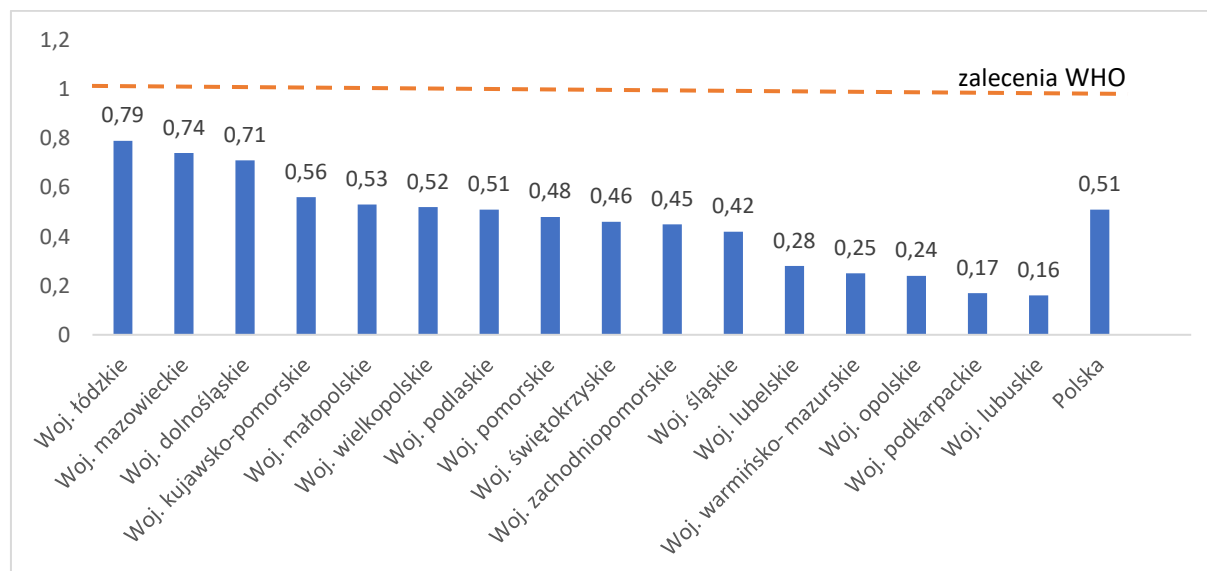
OW NFZ	ROK	LICZBA LEKARZY PSYCHIATRÓW			LICZBA PSYCHOLOGÓW		LICZBA PIELĘGNIAREK PSYCHIATRYCZNYCH
		w trakcie specjalizacji	ze specjalizacją I stopnia	specjalistów	bez specjalizacji	klinicznych	
Dolnośląski	2017	61	29	218	324	83	71
	2018	79	28	220	321	87	107
Łódzki	2017	118	23	253	296	140	62
	2018	122	23	269	376	168	86
Małopolski	2017	93	28	312	401	168	77
	2018	112	31	347	528	208	111
Mazowiecki	2017	236	55	596	884	159	106
	2018	250	50	589	904	154	130
Opolski	2017	29	17	77	105	44	30
	2018	32	17	82	116	48	53
	2018	79	22	215	279	64	78
Śląski	2017	107	31	397	606	120	88
	2018	131	31	396	633	127	79
Wielkopolski	2017	74	22	261	370	115	56
	2018	79	25	277	421	133	157

Źródło: Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – lekarze, psycholodzy, pielęgniarki psychiatryczne (niepowtarzające się PESELE) w latach 2017-2018. Dane na podstawie informacji NFZ. Opracowanie Ministerstwa Zdrowia „Diagnoza potrzeb zdrowotnych i dostępnego wsparcia”.

Liczba lekarzy specjalistów psychiatrów na Dolnym Śląsku wynosi obecnie 271, a dodatkowo 36 lekarzy ma I stopień z psychiatrii – źródło DOW NFZ 09.12.2020 r.

Trudna sytuacja w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w sposób szczególny związana jest z niewystarczającą liczbą specjalistów lekarzy – psychiatrów dziecięcych. Zawód psychiatrii dziecięcego wykonuje 441 osób w Polsce (dane Naczelna Izba Lekarska, stan na dzień 13 listopada 2019 r.). Poniżej przedstawiony został wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów na 10 000 osób poniżej 18 r. ż. w poszczególnych województwach. Należy zauważyć, iż zgodnie ze standardem WHO dla kraju o średnim poziomie dochodów 1 psychiatra powinien przypadać na 10 000 dzieci<sup>14</sup>. W żadnym województwie Polski ten standard nie jest spełniony, a wskaźnik ogólnokrajowy jest o połowę niższy od standardu WHO. Jednak na tle całej Polski, województwo dolnośląskie plasuje się na trzecim miejscu pod względem dostępnych specjalistów w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży.

RYC. 2.9 WSKAŹNIK LICZBY LEKARZY PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY NA 10 000 DZIECI I MŁODZIEŻY



źródło: Zestawienie na podstawie Wystąpienia pokontrolnego NIK Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży 2019- Opracowanie Ministerstwo Zdrowia „Diagnoza potrzeb zdrowotnych i dostępnego wsparcia”.

Warto zaznaczyć, iż we wdrażanym modelu psychiatrii środowiskowej na znaczeniu będą zyskiwały zawody takie jak psycholog, psychoterapeuta, czy terapeuta środowiskowy. To właśnie tacy specjaliści będą odgrywać kluczową rolę w pierwszym kontakcie z osobą potrzebującą pomocy i to ich działanie może mieć bezpośredni wpływ na późniejszy efekt leczenia. Odpowiednio wczesna interwencja może m.in. zapobiec w przyszłości stosowania farmakoterapii, czy potencjalnej hospitalizacji.

<sup>14</sup> Wystąpienie pokontrolne NIK P/19/059 dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży 2019.

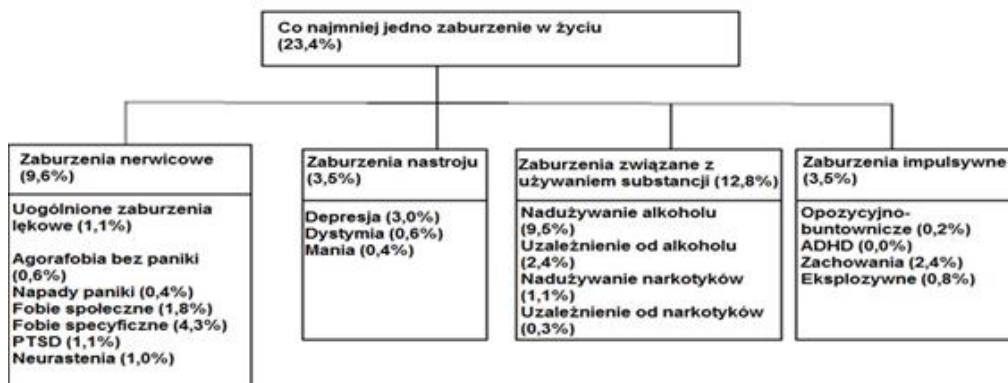
### 3. STAN ZDROWIA PSYCHICZNEGO MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA

Niezależnie od przyjętej metodologii badań, w ostatnich latach zauważalny jest wzrost rozpowszechnienia chorób psychicznych. Pojawiające się zaburzenia nie tylko destabilizują równowagę emocjonalną i psychiczną, lecz również zakłócają relacje z rodziną i społeczeństwem. Skutkiem tego stanu bywa utrata pracy, poczucie wykluczenia, obniżenie dotychczasowego standardu życia.

Przechodząc do sytuacji zdrowotnej mieszkańców Dolnego Śląska za punkt odniesienia przyjęty został raport na podstawie wyników badania EZOP - „*Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej*”. Badanie zostało przeprowadzone w latach 2010-2011 według metodologii WHO, na próbie losowej, reprezentatywnej dla ogółu ludności kraju w wieku 18-64 lat, obejmującej wszystkie 16 województw oraz 9 kategorii wielkości miejscowości. Zaznaczyć należy, że w przygotowaniu jest raport z badania EZOP II przeprowadzonego w roku 2019. Jest to również kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań, ale rozszerzone o grupy wiekowe do 18 r. ż. i powyżej 64 r. ż.

Z badania EZOP-I wynika, że u 23,4% Polaków w wieku produkcyjnym w ciągu życia wystąpiło przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne – z 18 definiowanych w klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) (6 mln. osób), co czwarta z badanych osób doświadczyła więcej niż jednego z ocenianych zaburzeń, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Do najczęstszych zaburzeń należały te związane z przyjmowaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%). Blisko 10% mieszkańców Polski (2,5 mln) cierpiało na zaburzenia nerwicowe (lękowe), w tym fobie specyficzne, fobię społeczną, a prawie milion ma poważne zaburzenia nastroju takie jak depresja, dystymia, mania. Na Ryc. 3.1 przedstawiono zestawienie graficzne wyników tych badań.

RYC. 3.1 ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH KIEDYKOLWIEK W ŻYCIU

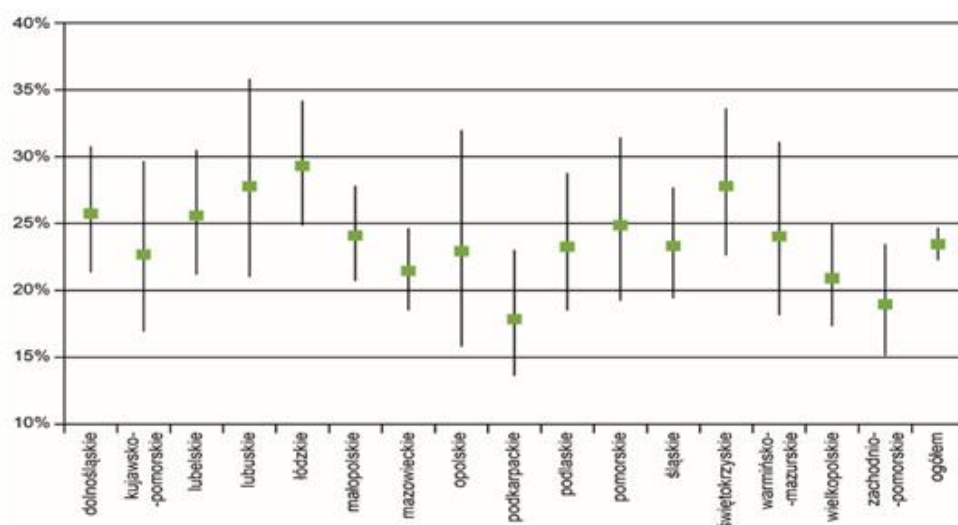


źródło: opracowanie EZOP<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Źródło: „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. red. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyński B, (w): Raport z badań, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2012.

Jest to pierwsze polskie badanie epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia tzw. powszechnych zaburzeń psychicznych (*ang. common mental disorders*), które zostało przeprowadzone z wykorzystaniem rekomendowanego przez WHO narzędzia diagnostycznego CIDI (*ang. composite international diagnostic interview*), pozwalającego także na ocenę wielu innych ważnych zmiennych z panelu zdrowia, m.in. dostępności do leczenia i barier społecznych. Baza danych oparta na 10081 wywiadach pozwoliła na prowadzenie analiz w przekroju krajowym, ale także z odniesieniem do poszczególnych województw. Na podstawie wyników badania ustrukturyzowanym kwestionariuszem CIDI można było stwierdzić, że u jednej osoby często występuje nawet kilka zaburzeń (dwa lub więcej). Wiele spośród tych osób nie korzysta z profesjonalnej pomocy medycznej, co wymaga jeszcze szczegółowych analiz na poziomie ogólnopolskim, ale i w odniesieniu do Dolnego Śląska<sup>16</sup>. Na Ryc. 3.2 przedstawiono rozpowszechnienie (oszacowanie punktowe i 95% przedziały ufności) ocenianych zaburzeń psychicznych według województw.

RYC. 3.2 ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH WEDŁUG WOJEWÓDZTW



źródło: badanie EZOP<sup>17</sup>

Województwo dolnośląskie (25,8 %) sytuuje się na czwartym miejscu po woj. łódzkim, świętokrzyskim i lubelskim. Wymaga to pogłębionej refleksji na poziomie regionalnym, ale także podjęcia działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego, w dużych ośrodkach miejskich, gdzie czynniki ryzyka są największe, mając również na uwadze mniejsze społeczności.

<sup>16</sup> Diagnozy Potrzeb zdrowotnych: Biechowska D., Rabcenko D., Moskaiewicz B., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania [w:], Wojtyniak B., Goryński P. (red.)

<sup>17</sup> „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. red. Moskaiewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B, (w): Raport z badań, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2012.



Na Dolnym Śląsku z każdym rokiem przybywa osób potrzebujących pomocy w zakresie zdrowia psychicznego. Poniżej zestawienie obrazujące poziom udzielanych świadczeń na przestrzeni dwóch ostatnich lat w porównaniu do całej Polski.

TABELA 3.1 ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE W POLSCE I NA DOLNYM ŚLĄSKU

	ROK	LICZBA PACJENTÓW	LICZBA PORAD	LICZBA OSOBODNI	LICZBA HOSPITALIZACJI	KOBIETY WŚRÓD PACJENTÓW (%)
Polska	2018	1.51 mln	8.58 mln	12.49 mln	272.33 tys.	56.62
Dolny Śląsk	2018	103.01 tys.	541.27 tys.	1.13 mln	20.09 tys.	57.87
Polska	2019	1.51 mln	8.78 mln	12.5 mln	267.31 tys.	56.76
Dolny Śląsk	2019	104.76 tys.	565.9 tys.	1.15 mln	20.13 tys.	58.02

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451> - 28 lutego 2021 r.

Aby w pełni zobrazować sytuację epidemiologiczną dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska w zakresie schorzeń psychicznych, analizie poddano dane z NFZ dotyczące liczby pacjentów i zdiagnozowanych schorzeń w odniesieniu do rodzaju świadczonej pomocy w latach 2018 i 2019 z wyłączeniem uzależnień. W Tab. 3.2 zestawiono dane dotyczące najczęstszych rozpoznań wśród mieszkańców Dolnego Śląska, w zależności od form leczenia (dane NFZ z 2018 i 2019 r.<sup>18</sup>).

TABELA 3.2 LICZBA PACJENTÓW WEDŁUG FORM LECZENIA I NAJCZĘSTSZYCH ROZPOZNAŃ

DIAGNOZA WG ICD-10	LICZBA PACJENTÓW		% KOBIET	
	2018 r.	2019 r.		
<b>Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych</b>	<b>84521</b>	<b>89813</b>		
Zaburzenia lękowe	31009	33064	71.07	71.03
Zaburzenia organiczne	17056	16668	58.57	58.8
Zaburzenia nastroju	16261	16200	73.64	73.35
Schizofrenia	10400	10333	51.98	51.71
<b>Zespół leczenia środowiskowego dla dorosłych</b>	<b>2899</b>	<b>2991</b>		
Zaburzenia organiczne	1386	1328	68.76	69.28
Schizofrenia	594	651	54.55	55.15
Zaburzenia nastroju	436	488	77.06	76.02
Zaburzenia lękowe	252	260	67.46	70

<sup>18</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451> 21.02.2021

DIAGNOZA WG ICD-10	LICZBA PACJENTÓW		% KOBIET	
<b>Oddział dzienny dla dorosłych</b>	<b>2095</b>	<b>2242</b>		
Zaburzenia lękowe	510	547	71.96	69.84
Zaburzenia nastroju	474	557	70.46	72.17
Schizofrenia	459	443	48.8	45.6
Zaburzenia organiczne	367	356	57.22	61.52
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	208	255	70.67	64.71
<b>Oddział psychiatryczny dla dorosłych</b>	<b>7496</b>	<b>9061</b>		
Schizofrenia	2116	2084	44.8	43.95
Zaburzenia organiczne	1681	1510	51.1	53.31
Zaburzenia nastroju	1560	1628	61.92	60.14
Zaburzenia lękowe	1258	1356	41.41	42.85
<b>Oddział psychiatrii sądowej dla dorosłych</b>	<b>326</b>	<b>396</b>		
Schizofrenia	223	244	8.97	8.61
Zaburzenia organiczne	43	46	9.3	10.87
Psychozy inne niż schizofrenia	21	31	14.29	12.9
<b>Zakład/oddział opieki długoterminowej dla dorosłych</b>	<b>877</b>	<b>882</b>		
Zaburzenia organiczne	414	422	56.28	57.58
Schizofrenia	404	397	48.51	49.12
Zaburzenia nastroju	18	22	55.56	54.55

źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451>- 28 lutego 2021 r.

### 3.1. ABSENCJE CHOROBY

Analiza danych uzyskanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pokazuje, że osoby z zaburzeniami psychiatrycznymi – w znaczącej większości - nie są w stanie świadczyć pracy w wyniku czego zostaje zachwiana równowaga życia społecznego, co budzi niepokój również z punktu widzenia ekonomii. Absencję chorobową w latach 2018 - 2019 r. z tytułu zaburzeń

psychicznych i zaburzeń zachowania osób ubezpieczonych w ZUS z wyłączeniem uzależnień, dla województwa dolnośląskiego przedstawiono w Tab. 3.3.

TABELA 3.3 ABSENCJA CHOROBY DOLNOŚLĄZAKÓW W 2018 I 2019 R.

	2018	2019
liczba dni absencji	1172,5	1299,00
liczba zaświadczeń lekarskich	67,5 tys.	75,8 tys.
liczba osób	28,9 tys.	32,1 tys.
przeciętna długość absencji chorobowej	40,62 dni	40,47 dni

Źródło: dane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych - maj 2020 r.

Wydatki poniesione w 2018 r. w województwie dolnośląskim na wybrane świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (z pominięciem uzależnień) wynosiły odpowiednio (w mln zł):

- renty z tytułu niezdolności do pracy - 252 763,50 zł.
- absencję chorobową - 108 272,80 zł.

### 3.2. ANALIZA MAP POTRZEB ZDROWOTNYCH – ZACHOROWALNOŚĆ REJESTROWANA W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM

Analiza danych dotyczących zachorowalności rejestrowanej, na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) w województwie dolnośląskim według stanu na 31 grudnia 2016 roku, pozwala określić pewne prawidłowości (Tab. 3.4). Najczęściej (około 75%) zachorowalność dotyczyła mieszkańców miast. Wśród kobiet częściej występowały zaburzenia odżywiania (około 87% do 44 r. ż.): zaburzenia nastroju (69%) i zaburzenia lękowe (68%). U osób w wieku 65 plus najczęściej diagnozowano zespoły behawioralne (29%), psychozy inne niż schizofrenia (20%), zaburzenia nastroju (18%). Najwyższy odsetek wszystkich zaburzeń odnotowano w grupie wiekowej 18-44 lat: zaburzenia osobowości (70%), zaburzenia identyfikacji płciowej (58%), schizofrenia (51%), inne psychozy (50%), zaburzenia lękowe (48%), zaburzenia nastroju (40%).

TABELA 3.4 ZACHOROWALNOŚĆ REJESTROWALNA W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM

DIAGNOZA WG ICD-10	UDZIAŁ Kobiet (%)	UDZIAŁ LUD. MIEJSK. (%)	WIEK (W LATACH) <18 (%)	WIEK 18-44 (%)	WIEK 44-54 (%)	WIEK 54-64 (%)	WIEK 65+ (%)
Schizofrenia	48,35	74,61	4,52	50,96	13,39	15,91	15,22
Psychozy inne niż schizofrenia	53,89	74,78	2,55	49,81	10,83	16,94	19,87
Zaburzenia nastroju	69,03	76,87	7,19	39,89	15,33	19,48	18,11
Zaburzenia lękowe	67,92	73,43	7,59	48,20	15,68	15,55	12,98
Zaburzenia odżywiania	86,11	75,00	45,00	42,22	6,11	3,33	3,33
Zespół behawioralne	55,78	78,23	16,78	26,98	8,39	18,37	29,48
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	56,11	80,53	1,27	70,31	11,37	10,22	6,83
Zaburzenia identyfikacji płciowej i preferencji seksualnej	47,37	73,68	21,05	57,89	5,26	10,53	5,26
Niepełnosprawność intelektualna	42,35	65,85	37,80	40,24	9,31	8,76	3,88

źródło: opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa dolnośląskiego - 2016 rok

### 3.3. PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY

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 opieki<sup>19</sup>.

Ze względu na częstość występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych wśród osób poniżej 18 r. ż. można wyróżnić dwie grupy: dzieci (do 11 r. ż.) oraz młodzież (od 12 r. ż.). Na podstawie wstępnych wyników badania przeprowadzonego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (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%). Natomiast w starszej grupie wiekowej (12-17 lat) najczęściej stwierdzano, według kolejności: tendencje samobójcze (5,8%), zaburzenia

19. 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.

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%)<sup>20</sup>.

Statystyki dla Dolnego Śląska dla większości zaburzeń są znacząco wyższe od średniej krajowej jeżeli chodzi o korzystanie z zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży. W Tab. 3.5 przedstawiono porównanie liczby schorzeń na 100 tys. mieszkańców dla województwa dolnośląskiego względem obszaru całej Polski.<sup>21</sup>

TABELA 3.5 GŁÓWNE SCHORZENIA WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM - DANE 2019 R.

DIAGNOZA WG ICD-10	LICZBA PACJENTÓW NA 100 TYS. LUDNOŚCI - DOLNY ŚLĄSK	LICZBA PACJENTÓW NA 100 TYS. LUDNOŚCI - POLSKA
Całościowe zaburzenia rozwojowe	623,28	509,25
Zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji	478,15	331,23
Zaburzenia hiperkinetyczne	475,32	377,25
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	460	406,78
Pozostałe zaburzenia psychiczne	352,16	414,68
Zaburzenia emocji	262,66	247,33
Zaburzenia nastroju	169,93	117,66
Niepełnosprawność intelektualna	150,38	137,91
Zaburzenia psychiczne z powodu używania środków psychoaktywnych	91,72	53,2
Schizofrenia	27,22	19,46
Zaburzenia odżywiania	26,81	27

źródło: opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych  
<https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3304> 05.08.2020 r.

### 3.4. SAMOBÓJSTWA

Samobójstwa stanowią drugą po wypadkach komunikacyjnych przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży w Polsce<sup>22</sup>. W grupie wiekowej do 19 lat, stanowią 23% wszystkich zgonów (26% wśród chłopców i 16% wśród dziewcząt). W statystykach uwzględniane są jedynie próby odnotowane przez policję.

<sup>20</sup> Ostaszewski K., Moskalewicz J., Kucharski M., Stokwizewski J., Mental health problems among Polish children and adolescents: Preliminary results of the MINI Kid survey.

<sup>21</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3304> 05.08.2020

<sup>22</sup> Kielan Aleksandra, Dominik Olejniczak. "Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży." Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka (2018): 9-26.

Samobójstwa są jednym z głównych zagrożeń zdrowia publicznego w Polsce. Istnieje bardzo silny związek pomiędzy występowaniem zaburzeń psychicznych a ryzykiem zachowań samobójczych. Dostępne dane z bazy NFZ wskazują na następujące, niepokojące fakty<sup>23</sup>:

- w 2016 roku 13,5 tys. osób dokonało próby samobójczej (osoby te odnotowano w systemie opieki zdrowotnej);
- 66% przypadków dotyczyło mieszkańców miast;
- 64% z nich stanowili mężczyźni;
- 56% osób korzystało z opieki psychiatrycznej w roku dokonania próby;
- 12% prób samobójczych zakończyło się śmiercią.

Profilaktyka samobójstw na poziomie samorządowym powinna obejmować: przeciwdziałanie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, uczenie dzieci i młodzieży umiejętności życiowych, zwiększanie dostępności do pomocy specjalistycznej w kryzysie psychicznym, zwiększanie umiejętności, tych którzy mogą pomagać w sytuacjach kryzysowych (nauczyciele, pedagodzy szkolni, pracownicy ochrony zdrowia, policji, straży pożarnej, pracownicy socjalni, duchowni itd.), kontynuowanie opieki nad osobami po próbach samobójczych, szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie rozpoznawania i leczenia depresji, pracę specjalistyczną z grupami ryzyka (mężczyźni w średnim wieku, bezrobotni, ludzie przewlekle chorzy, osoby uzależnione)<sup>24</sup>.

### 3.5. PSYCHOGERIATRIA

Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) dotyczące struktury ludności Polski na lata 2014–2050 wskazują na pogłębianie się procesu starzenia się społeczeństwa. Mimo przewidywanego spadku liczby ludności o ok. 4,5 mln do 2050 r., spodziewany jest równocześnie systematyczny wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej. Populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 13,7 mln i będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności<sup>25</sup>.

W kontekście problemów zdrowotnych osób starszych szczególną uwagę należy zwrócić na występowanie zaburzeń psychicznych organicznych (F00-F09), w tym choroby Alzheimera, która w Polsce występuje u około 360 tys. do 470 tys. osób (Kiejna A. i wsp. 2012), a według szacunków organizacji Alzheimer Europe – nawet u 500 tys. osób. Jest to niemal 20% więcej niż w 2005 r. Należy przy tym podkreślić, że o ile w latach 2005–2010 coroczny wzrost liczby chorych utrzymywał się na poziomie nieprzekraczającym 2%, o tyle w latach 2010–2015 dynamika ta wynosiła już 3–4%<sup>26</sup>. Według szacunków badania GBD<sup>27</sup> choroba Alzheimera oraz inne Demencje

<sup>23</sup> Mapy potrzeb zdrowotnych

<sup>24</sup> <https://npz3.pl/wp-content/uploads/2018/06/NPZ-Wzmacnianie-zdrowia-psychicznego-Ostaszewski.pdf>- 10.02.2021

<sup>25</sup> Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego, GUS, Warszawa 2018, s. 6.

<sup>26</sup> Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin, , Informacja o wynikach kontroli, NIK, Warszawa 2017, s. 8–9.

<sup>27</sup> Na podstawie danych dla Polski według Globalnego Badania Obciążenia Chorobami: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

Kiejna A., Frydecka D., Bieчек P., (2011) Epidemiologia zaburzeń otępiennych w Polsce - przegląd badań, Postępy Nauk Medycznych 8/2011, s. 676-681

w 2017 r. w Polsce były łącznie powodem niemal 75 zgonów na 100 tys. mieszkańców, co stanowi 7,3% ogółu zgonów. Wzrost rozpowszechnienia zaburzeń otępiennych, w tym w szczególności choroby Alzheimera, jest jednym z negatywnych skutków starzenia się polskiego społeczeństwa i implikuje wiele istotnych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia. Wraz z wiekiem zwiększa się bowiem ryzyko wielu chorób, w tym również chorób neurodegeneracyjnych. Badania wskazują, iż ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera po ukończeniu 65. lat ulega podwojeniu z upływem każdych kolejnych 5 lat życia<sup>28</sup>.

### 3.6. EPIDEMIA COVID-19 - FUNKCJONOWANIE PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA DOLNYM ŚLĄSKU, KONSEKWENCJE ZDROWOTNE DLA OBYWATELI

W Polsce pierwszy przypadek koronawirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 odnotowano 4 marca 2020 r. Środki ograniczające typu lockdown wprowadzono 12 marca, zamykając szkoły i uniwersytety, instytucje kulturalne: teatry, sale koncertowe, muzea, kina i odwołując imprezy masowe. 20 marca w Polsce zaczął obowiązywać stan epidemii. Od początku pandemii do 24 stycznia 2021 r., Ministerstwo Zdrowia (MZ) potwierdziło w Polsce: 1 475 445 przypadków zakażeń koronawirusem, a zgonów - 35 363. Wskaźnik reprodukcji wirusa dla Polski podany przez MZ 3 listopada wynosił 1,25. W województwie dolnośląskim liczba zakażeń wynosiła 98 199 (7 pozycja wśród wszystkich województw), liczba zgonów 2321 (6 pozycja wśród województw), odsetek przypadków śmiertelnych wśród zakażonych wynosił 2,4% i był jednym z niższych w Polsce (4-6 pozycja wśród województw, min. 1,9 – max. 3,2). Podobnie wskaźnik zgonów na 100 tys. mieszkańców należał do najniższych i dla województwa dolnośląskiego wynosił 80,1 i był na drugim miejscu po województwie mazowieckim (88,8). Natomiast wskaźnik replikacji wirusa wynosił 1,4 i był najwyższy w Polsce<sup>29</sup>.

W okresie „twardego” lockdown i przez cały czas trwania pandemii, instytucje psychiatryczne w województwie dolnośląskim pracowały ze znacznymi ograniczeniami z zachowaniem reżimu sanitarnego stosując się do zaleceń wydanych przez MZ<sup>30</sup>.

Decyzją wojewody dolnośląskiego do leczenia chorych z ostrymi objawami zaburzeń psychicznych i dodatnim wynikiem testu na obecność przeciwciał koronawirusa został wyznaczony szpital w Bolesławcu. W pozostałych szpitalach psychiatrycznych zorganizowano sale izolacyjne, dla pacjentów oczekujących na wynik testu na obecność przeciwciał i później w miarę możliwości leczono tych chorych tylko na wyznaczonych oddziałach. W praktyce ambulatoryjnej uruchomiono konsultacje online.

Znaczne obostrzenia sanitarne spowodowały drastyczny spadek realizacji świadczeń

---

<sup>28</sup> *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, Informacja o wynikach kontroli, NIK, Warszawa 2017, s. 8. oraz *Epidemiology of dementia: prevalence and incidence estimates using validated electronic health records from primary care*, Ponjoan A., Garre-Olmo J., Blanch J., Fages E., Alves-Cabratos L., Martí-Lluch R., Comas-Cufí M., Parramon D., Garcia-Gil M., Ramos R., *Clinic Epidemiology* 2019, nr 11, s. 217–228.

<sup>29</sup> <https://forsal.pl/artykuly/1460548,koronawirus-w-polsce-liczba-zakazonych-mapa-najnowsze-dane-wojewodztwa-miasta-powiaty.html> – dostęp 26.01.2021

<sup>30</sup> [file:///C:/Users/andrz/Downloads/Zalecenia\\_postepowania\\_psychiatria2710.pdf](file:///C:/Users/andrz/Downloads/Zalecenia_postepowania_psychiatria2710.pdf)-dostep 26.01.2021

w ramach kontraktu z DOW NFZ. Obrazują to dane sprawozdawcze DOW NFZ dla DCZP we Wrocławiu w roku obliczeniowym 2020 vs 2019 za trzy miesiące (marzec – maj). Dotyczy on przede wszystkim leczenia otwartego (poradnie, oddziały dzienne). Oddziały stacjonarne, które pracowały w ograniczonym zakresie też odnotowały znaczące spadki, które były coraz większe w kolejnych miesiącach trwania pandemii. Wzrost widoczny jest jedynie w ramach Poradni konsultacyjnej zdrowia psychicznego w miesiącu marcu (początek pandemii), w pododdziale psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia (w marcu nawet o 88,05%, ale z tendencją spadkową w kolejnych miesiącach), co nie jest zaskoczeniem (pobyty z nakazu sądowego), a także w pododdziale leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (od 46,34% w marcu do 12,05% w maju). Ten ostatni przykład (wzrost przyjęć osób z zespołami abstynencyjnymi) dobitnie obrazuje skalę zjawiska uzależnień od środków psychoaktywnych. Ograniczona podaż tych środków w okresie pandemii spowodowała wystąpienie objawów abstynencyjnych wymagających leczenia w ramach oddziału specjalistycznego<sup>31</sup>.

Oceniając wpływ na zdrowie psychiczne Dolnoślązaków należy po pierwsze odnieść to do sytuacji w której znaleźli się obywatele po wprowadzeniu ograniczeń związanych z pandemią. Spowodowały one zmiany w zachowaniu każdego mieszkańca, co jeszcze kilka miesięcy wcześniej można by uznać za fikcję. Ogólnie rzecz biorąc, Polacy szybko dostosowali się do środków nadzwyczajnych i przestrzegania ograniczeń wolności osobistej i wskaźnik indywidualnego naruszenia zakazów - jak wynika z doniesień medialnych - nie był wysoki (nie ma oficjalnie dostępnych statystyk policyjnych w tym zakresie).

Izolacja sama w sobie stała się czynnikiem deprivacyjnym. Na obecnym etapie nie mamy danych dotyczących występowania przemocy w rodzinie, pogorszenia sytuacji zdrowotnej osób, które nie mogły skorzystać z regularnej pomocy medycznej, zarówno w odniesieniu do chorób somatycznych jak i problemów natury psychicznej. Pojawił się nowy obszar działalności pomocowej: wsparcie psychologiczne dla osób pogrążonych w żałobie z powodu COVID-19. Środki izolacji spowodowały, że krewni wielu pacjentów, którzy zmarli, nie mogli odwiedzać swoich bliskich podczas hospitalizacji ani też uczestniczyć w pogrzebach z powodu stanowczego ograniczenia wszelkiego rodzaju zgromadzeń publicznych. Z wielu tysięcy badań przeprowadzonych już na całym świecie jednoznacznie wynika, że pandemia i kwarantanna z powodu COVID-19 wywołały szereg negatywnych skutków natury psychologicznej w populacji. Najczęściej wśród problemów tej natury wymieniane są myśli i zachowania samobójcze, ciężkie objawy niepokoju, depresji, lęku, odczuwanego stresu i wypalenia zawodowego – wśród pracowników medycznych i służb pomocowych. Problemy te dotyczą w różnym stopniu różnych grup społecznych, zawodowych i występują u osób we wszystkich przedziałach wiekowych, nie wyłączając dzieci i młodzieży oraz osób w podeszłym wieku – szczególnie narażonych na ciężki przebieg choroby Covid-19.

---

<sup>31</sup> Wykorzystano dane z DOWNFZ – opracowanie Michał Stachów, Andrzej Kiejna.



Pandemia, która tak niespodziewanie “wystawiła na próbę” system ochrony zdrowia, powinna być też lekcją dla usług z zakresu zdrowia psychicznego. Tym co wydaje się najważniejsze, to inwestycje w technologię e-zdrowia z możliwością zarządzania konsultacjami online. W pewnym zakresie jest to już możliwe w wybranych instytucjach, ale jest to nadal wyzwanie w skali województwa. Jednym z kluczowych zadań powinno być lobbowanie na rzecz powołania kolejnego Centrum Zdrowia Psychicznego na Dolnym Śląsku - w szczególności we Wrocławiu. Tylko psychiatryczna opieka środowiskowa jest w stanie nieść pomoc pacjentom mieszkającym samotnie i nagle narażonym na wyraźną izolację, rodzinom o wysokim poziomie konfliktów, a także wspierać rodziny, które mają dzieci z zespołem nadpobudliwości lub niepełnosprawnością intelektualną.

Jednym z priorytetów powinno być też rozpoznanie - poprzez badania naukowe - potrzeb dotyczących pomocy psychologiczno-psychiatrycznej, w grupach społecznych najbardziej narażonych na skutki pandemii. Są to: (1) osoby z populacji ogólnej objętej środkami ograniczającymi; (2) osoby poddane kwarantannie z powodu kontaktu z osobą zarażoną; (3) osoby z pozytywnym wynikiem zarażenia wirusem, ale nie wymagające hospitalizacji; (4) osoby z pozytywnym wynikiem na SARS-CoV-2, które były hospitalizowane i wyzdrowiały; (5) personel medyczny koordynujący lub zapewniający opiekę podczas pandemii; (6) krewni osób zmarłych; i (7) pacjenci leczeni z powodu zaburzeń psychicznych<sup>32</sup>.

#### 4. NIEZBĘDNE KIERUNKI ZMIAN I WARUNKI ROZWOJU PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Według rekomendacji autorów Raportu z badania EZOP-1 „skuteczne i optymalne kosztowo leczenie” wymaga głębokiej reorientacji systemu ochrony zdrowia psychicznego. Musimy zdecydowanie zmierzać w kierunku opieki środowiskowej, która obejmowałaby nie tylko świadczenia specjalistyczne, ale także świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, opieki społecznej, wzmocnienia organizacji pozarządowych, które wspólnie stwarzałyby sieć wsparcia, sieć promującą zdrowie i amortyzującą destrukcyjną interakcję między zaburzeniami psychicznymi i ich percepcją<sup>33</sup>.

Model środowiskowy jest uznawany współcześnie za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Sprzyja on uzyskiwaniu lepszych wyników w procesie zdrowienia i przywracania uczestnictwa społecznego osób z problemami zdrowia psychicznego, a także wpływa na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych. Opieka środowiskowa oznacza dostępność odpowiednich usług w pobliżu miejsca zamieszkania. Istniejące dowody wskazują na potrzebę rozwiązań, w których opieka szpitalna ma

---

<sup>32</sup> de Girolamo G, Cerveri G, Clerici M, Monzani M, Spinogatti F, Starace F, Tura G, Vita A. Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency— The Italian Response. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(9):974-976. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1276

<sup>33</sup> <https://ezop.edu.pl/rekomendacje/>

charakter ograniczony, podczas gdy najważniejsza część pomocy jest oferowana na poziomie opieki środowiskowej.

W celu upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 nakłada na samorządy województw, zadanie polegające na stworzeniu - obok regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego - również programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, poprzez rozwój Centrów Zdrowia Psychicznego oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa.

Centra Zdrowia Psychicznego (CZP) dla dorosłych są elementem kompleksowej opieki poprzez udzielanie zindywidualizowanej i skoordynowanej pomocy poszczególnym chorym (świadczeń zdrowotnych i społecznych). CZP tworzy się w celu zapewnienia opieki, docelowo na obszarze zamieszkałym przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców z zastrzeżeniem, że liczba ta może być odpowiednio dostosowana do szczególnych uwarunkowań terytorialnych występujących na danym obszarze. Gęstość sieci (roz rozmieszczenie) CZP oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa plan umiejscowienia CZP. Odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca określonego administracyjnie obszaru działania CZP. Pomoc udzielana jest w przypadkach nagłych-w miarę możliwości natychmiastowo oraz w przypadkach pilnych w czasie nie dłuższym niż 72 godziny. CZP udziela pomocy:

- czynnej, tj. leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów;
- długoterminowej – innym osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
- krótkoterminowej – osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
- doraźnej – osobom w stanach nagłych i pilnych;
- konsultacyjnej – innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

Pierwsza rejestracja chorego następuje w ambulatorium CZP, poza wyjątkowymi okolicznościami związanymi z ryzykiem dla życia chorych albo dla zdrowia lub życia innych osób. Podmiot prowadzący CZP może również posiadać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień.

Struktura CZP dla dorosłych składa się co najmniej z następujących zespołów:

- ambulatoryjnego (przychodni) – zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarstwa, interwencje socjalne;

- środowiskowego (mobilnego) – zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
- dziennego – zadania: hospitalizacja dzienna psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
- szpitalnego – zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem – podstawowym i docelowym rozwiązaniem są świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym. W przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na tym obszarze, dopuszczalne jest zapewnienie (w szczególności umowa z podwykonawcą, konsorcjum) całodobowych świadczeń szpitalnych CZP dla dorosłych w szpitalu najbliższym temu obszarowi.

Personel CZP może pracować jednocześnie w więcej niż jednym zespole. Oddziałem szpitalnym kieruje lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii. Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK) zapewnia szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową – jest dostępny przez 7 dni w tygodniu, w miarę możliwości przez całą dobę. CZP ściśle współdziała w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych pacjentów z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację społeczno-zawodową i inne aktywności pomocowe na terenie odpowiedzialności terytorialnej centrum. Inne zespoły o zadaniach wyspecjalizowanych mogą być w miarę możliwości udostępniane przez CZP dla wybranych grup chorych (np. zespoły: dla zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (np. pomoc kryzysowa, hostele, turnusy). Alternatywne formy wsparcia i leczenia (wobec tradycyjnych, np.: mieszkania kryzysowe) można tworzyć w centrum, jeżeli regulacje prawne, dostępne środki i posiadane kompetencje na to pozwalają i jeżeli odpowiadają one na realne zapotrzebowanie osób objętych opieką. Zespół dziecięco-młodzieżowy może, jeżeli uzasadniają to potrzeby i zasoby lokalne, funkcjonować w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dorosłych (wyspecjalizowany zespół dziecięco-młodzieżowy CZP).

Ponad dwa lata funkcjonowania na terenie województwa dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego umożliwiło wychwycenie różnic w finansowaniu CZP a dotychczasowym zakresem świadczeń psychiatrycznych w regionie. Na podstawie danych NFZ za 2019 rok (dane z 2020 roku ze względu na pandemię mogły zakłócić obraz sytuacji) w Tab. 4.1 przedstawiono wysokość środków przekazanych na poszczególne świadczenia poza obszarem CZP oraz przeliczeniu na jednego mieszkańca (osobę dorosłą) z obszaru Centrum i spoza Centrum.

TABELA 4.1 WARTOŚĆ WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ PSYCHIATRYCZNYCH W 2019 BEZ CZP

świadczenia udzielane w trybie ambulatoryjnym	27 818 611,50
świadczenia udzielane w trybie dziennym	14 220 257,32
świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym	110 474 994,90

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Stawka na 1 dorosłego mieszkańca regionu wynosiła w 2019 r. - 65,49 zł, uwzględniając wszystkie formy pomocy. Natomiast ryczałt w Centrum Zdrowia Psychicznego (w ramach którego udzielane są świadczenia w trybie ambulatoryjnym, dziennym i stacjonarnym) był na poziomie 5 554 706,80, co daje 74,86 zł na jednego mieszkańca z terenu Centrum. Gdyby podobna stawka obejmowała populację dorosłych poza CZP to nakłady na psychiatrię dorosłych byłby o prawie 22 mln wyższe w skali roku (21 818 017,84).

Zarówno kompleksowość jak i lepszy sposób finansowania Centrum, wyznacza kierunek zmian w świadczeniach psychiatrycznych na Dolnym Śląsku. Na uwagę zasługuje analiza, ukazująca nierówności w systemowym wdrażaniu tego rozwiązania na poziomie krajowym<sup>33</sup>:

Odsetek ludności w wieku > 18 r.ż. objęty CZP na Dolnym Śląsku – 4,66%

Odsetek ludności w wieku > 18 r.ż. objęty CZP w Polsce – 12%

Odsetek ludności w wieku > 18 r.ż. objęty CZP w Warszawie – 25%

Zgodnie z wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, na początku 2020 r. Samorząd Województwa Dolnośląskiego, zlecił opracowanie dokumentu określającego podział całego regionu na tzw. obszary odpowiedzialności Centrów Zdrowia Psychicznego. Dokument ten był konsultowany z przedstawicielami NFZ, Uniwersytetu Medycznego, a także dwukrotnie był zaopiniowany przez każdy powiat i ostatecznie został przyjęty uchwałą nr 2091/VI/20 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 12 maja 2020 roku w sprawie przyjęcia dokumentu „Obszary odpowiedzialności Centrów Zdrowia Psychicznego dla Województwa Dolnośląskiego”.

Z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wynika również szereg zadań dla władz samorządowych. Jak pokazują wcześniejsze rozważania zmiana modelu opieki psychiatrycznej wymaga koordynacji na poziomie regionalnym, ale również współpracy z władzami powiatowymi w zakresie spójnej strategii świadczonych usług na rzecz zdrowia psychicznego mieszkańców (spójność rozumiana zarówno terytorialnie ale również pod względem zakresu jako ochrona zdrowia, pomoc społeczna, wspieranie zatrudnienia osób z problemami psychicznymi). Zaznaczyć należy, że na 26 powiatów w województwie dolnośląskim, tylko 5 powiatów (głogowski, lubiński, świdnicki, zgorzelecki i kamiennogórski) potwierdziło opracowanie programu ochrony zdrowia psychicznego dla swojego terenu. W trakcie opracowania są programy w powiatach, strzelińskim i ząbkowickim.

Kolejnym bardzo dużym wyzwaniem jest ewentualne „przemieszczanie” ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali psychiatrycznych do lokalnych szpitali

wielospecjalistycznych. Biorąc pod uwagę obecny poziom „zapełnienia” łóżek, niski wskaźnik łóżek psychiatrycznych ogólnych dla województwa dolnośląskiego (27,71/100 tys.)<sup>34</sup> w porównaniu do wskaźnika dla Polski (62,23/100 tys. wg. Eurostat, 2018)<sup>35</sup> i wysoki wskaźnik hospitalizacji bez zgody (od 15-30% przyjęć) można zadać pytanie, czy jest to zadanie możliwe do realizacji w przewidywalnym czasie? Jeśli jednak realizacja NPOZP będzie przebiegała zgodnie z głównymi wytycznymi Programu – to wymagać to będzie jasno zdefiniowanego planu tworzenia CZP w regionie i po ich powstaniu monitorowania procesu likwidacji łóżek w istniejących szpitalach psychiatrycznych. Należy mieć na uwadze, że dopiero odpowiednie zabezpieczenie pacjentów w środowisku, z właściwą liczbą poradni czy opieki dziennej, może prowadzić do stopniowego „likwidowania” łóżek szpitalnych (mniej stanów ostrych, wcześniejsza diagnostyka, wsparcie środowiska w naturalny sposób zredukuje konieczność hospitalizacji). Trzeba jednak zadbać o bezpieczeństwo tych pacjentów, którzy bezwzględnie wymagają leczenia szpitalnego i przygotować odpowiednią bazę łóżkową w szpitalach ogólnych (ok. 40 łóżek/100 tys. mieszkańców). Warto też nadmienić, że szpitale psychiatryczne w wielu krajach (Niemcy, Szwajcaria) nadal pełnią ważną rolę jako kluczowe placówki lecznictwa psychiatrycznego, ale przeszły gruntowną modernizację (np. szpital kantonalny z Zurichu, czy szpital w Ansdorf – Saksonia). Przykładem z Dolnego Śląska może być szpital w Bolestawcu, który jest „bazą” Centrum Zdrowia Psychicznego. Reasumując, należy stwierdzić, że najbardziej pożądanym kierunkiem zmian jest stworzenie na terenie województwa dolnośląskiego kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego jako optymalnego sposobu zabezpieczenia pomocy psychiatrycznej dla pacjentów w kryzysie.

Poza zabezpieczeniem kadrowym i infrastrukturalnym, dla osób w kryzysie psychicznym bardzo istotne są również działania opisane w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Wśród wykazu zadań służących realizacji zapisów Programu wyróżnia się te, za które po części odpowiedzialne są organy samorządu terytorialnego:

- Prowadzenie działań na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży – w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych. Wśród realizatorów wymienia się JST i podmioty wyłonione w drodze konkursów organizowanych przez JST.
- Prowadzenie aktywnej polityki wobec dzieci i młodzieży poprzez działania i programy, mające na celu wszechstronny rozwój i rozwijanie konstruktywnych relacji międzyludzkich, wzmacnianie potencjału zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przez

---

<sup>34</sup> wyliczenie własne – na podstawie źródeł publikowanych

<sup>35</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00047/default/table?lang=en>

wsparcie pozytywnego i harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości, umiejętności osobistych i społecznych, udzielanie wsparcia w rozwiązywaniu problemów i kryzysów rozwojowych, podnoszenie odporności psychicznej i poprawę funkcjonowania emocjonalnego. Cechą wspólną tej polityki jest rozwijanie potencjałów i koncentrowanie się na mocnych stronach dzieci i młodzieży.

- Upowszechnianie, wdrażanie, udoskonalanie i poszerzanie oferty programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka problemów zdrowia psychicznego i zachowań ryzykownych (np. używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne, korzystanie z pornografii, przemoc).
- Prowadzenie wczesnej diagnostyki i rehabilitacji zaburzeń neurorozwojowych u dzieci w wieku 2–6 lat
- Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania depresji, samobójstwom i innym zachowaniom autodestrukcyjnym w populacjach o zwiększonym ryzyku,
- Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania zaburzeniom odżywiania o podłożu psychicznym (w tym anoreksja i bulimia)
- Opracowanie i realizacja programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym.
- Szkolenia dla różnych grup zawodowych (w tym nauczycieli, lekarzy, inspektorów sanitarnych, prokuratorów, służb mundurowych, straży miejskich) dotyczące zagrożeń oraz konsekwencji rozwojowych i zdrowotnych u dzieci i młodzieży oglądających pornografię.

Analizując zapisy trzeciego celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, Ostaszewski określa dwa komponenty tego celu: wspieranie zdrowia psychicznego - promocja i drugi zapobieganie zaburzeniom psychicznym czyli profilaktyka. Z jednej strony aktywne doskonalenie zdrowia psychicznego, dbanie o jego dobrostan, wzmacnianie, a z drugiej ochrona przed chorobą zanim ona wystąpi lub minimalizowanie jej skutków. Zarówno w promocji jak i profilaktyce wyróżnić można dwa kierunki działania:

- Kształtowanie aktywnej postawy jednostki wobec swojego zdrowia
- Kształtowanie środowiska społecznego na rzecz zdrowia (polityka zdrowotna, dostępność do pomocy, klimat społeczny).

Właściwa profilaktyka, dzięki wsparciu promocji zdrowia, opiera się na eliminowaniu lub redukowaniu wpływu czynników ryzyka (np. genetyczne, środowiskowe, traumy), ale również na osłabianiu, kompensowaniu czynników ryzyka poprzez wzmacnianie czynników chroniących (np. posiadane umiejętności, wartości, edukacja, więzi). „Czynniki chroniące nie usuwają negatywnych

doświadczeń lub niekorzystnych czynników z życia dorastającego człowieka, lecz pozwalają mu z lepszym skutkiem się z nimi zmagać”<sup>36</sup>.

Uwzględniając powyższe można sformułować wniosek, że ochrona zdrowia psychicznego opiera się nie tylko na leczeniu i profilaktyce, ale w znaczącym stopniu na promocji zdrowia<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Kazimierz Ostaszewski IPIN <https://npz3.pl/wp-content/uploads/2018/06/NPZ-Wzmacnianie-zdrowia-psychicznego-Ostaszewski.pdf>-15.02.2021.

<sup>37</sup> Cel operacyjny nr 3 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021 - 2025 - Promocja Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021 r. poz. 642).

## Spis wykresów, map i tabel

RYC. 2.1 WIEK DOLNOŚLĄZAKÓW...	6
RYC. 2.2 ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORIJNE DLA DOROSŁYCH	9
RYC. 2.3 ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE	9
RYC. 2.4 ODDZIAŁY PSYCHAITRYCZNE STACJONARNE DLA DOROSŁYCH	10
RYC. 2.5 ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO- LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	14
RYC. 2.6 TRZY POZIOMY POMOCY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO	15
RYC. 2.7 OŚRODKI ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	17
RYC. 2.8 ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	17
RYC. 2.9 WSKAŹNIK LICZBY LEKARZY PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY NA 10 000 DZIECI I MŁODZIEŻY	21
RYC. 3.1 ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH KIEDYKOLWIEK W ŻYCIU	22
RYC. 3.2 ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH WEDŁUG WOJEWÓDZTW	23

TABELA 2.1 ZASOBY INSTYTUCJONALNE PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA DOLNYM ŚLĄSKU FINANSOWANE Z NFZ W 2020 R	7
TABELA 2.2 ODDZIAŁY PSYCHIATRYCZNE OGÓLNE- LICZBA ŁÓŻEK ZAKONTRAKTOWANYCH W 2020 ROKU	11
TABELA 2.3 ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE W RAMACH ODDZIAŁÓW SĄDOWYCH	13
TABELA 2.4 ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE STACJONARNE DLA DOROSŁYCH	14
TABELA 2.5 LICZBA ŁÓŻEK OPIEKUŃCZO- LECZNICZYCH PSYCHIATRYCZNYCH	15
TABELA 2.6 ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY- LICZBA ŁÓŻEK	18
TABELA 2.7 ZASOBY KADROWE W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ NA DOLNYM ŚLĄSKU – PORÓWNANIE NA TLE INNYCH WOJEWÓDZTW	20
TABELA 3.1 ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE W POLSCE I NA DOLNYM ŚLĄSKU	24
TABELA 3.2 LICZBA PACJENTÓW WEDŁUG FORM LECZENIA I NAJCZĘSTSZYCH ROZPOZNAŃ	24
TABELA 3.3 ABSENCJA CHOROBOWA DOLNOŚLĄZAKÓW W 2018 I 2019R	26
TABELA 3.4 ZACHOROWALNOŚĆ REJESTROWALNA W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLASKIM	27
TABELA 3.5 GŁÓWNE SCHORZENIA WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM	28
TABELA 4.1 WARTOŚĆ WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ PSYCHIATRYCZNYCH W 2019 BEZ CZP	35