

**Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
Województwa Podlaskiego na lata 2013-2015.**

Białystok 2013

Departament Zdrowia
Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku

Spis treści	str.
Rozdział I – Wprowadzenie	2
1. Podstawy prawne systemu ochrony zdrowia psychicznego	2
2. Sytuacja demograficzna województwa podlaskiego	4
Rozdział II – Opis problemu zdrowotnego	7
1. Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	7
1.1. Zaburzenia zachowania u dzieci	8
1.2. Zaburzenia rozwoju	12
2. Zaburzenia psychotyczne i afektywne	17
3. Zaburzenia psychiczne spowodowane nadużywaniem alkoholu	19
4. Zaburzenia psychiczne osób w wieku podeszłym	21
Rozdział III – Zasoby opieki psychiatrycznej w województwie podlaskim	23
1. Psychiatryczna opieka stacjonarna	23
1.1. Szpitale psychiatryczne	25
1.2. Szpitale z oddziałami psychiatrycznymi	26
1.3. Opieka długoterminowa o profilu psychiatrycznym	27
1.4. Ośrodek leczenia odwykowego alkoholowego	28
1.5. Zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek i psychologów w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w województwie podlaskim	28
2. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w województwie podlaskim	30
3. Formy pośredniej opieki psychiatrycznej (środowiskowej)	36
Rozdział IV – Osoby z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy	46
1. Sytuacja na rynku pracy	46
2. Zakłady Aktywności Zawodowej	47
3. Zatrudnienie wspierane	48
Rozdział V – Priorytety i cele programu.....	49
1. Podnoszenie poziomu wiedzy na temat problemów i potrzeb w zakresie ochrony zdrowia psychicznego	50
2. Edukacja w zakresie zapobiegania chorobom psychicznym i zaburzeniom zachowania.....	50
3. Współpraca z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego	51
4. Informowanie o pomocy dostępnej dla osób cierpiących z powodu choroby psychicznej.....	52
5. Wspieranie zrównoważonego rozwoju różnych form opieki psychiatrycznej na terenie województwa podlaskiego	53
6. Wsparcie organizacji pozarządowych w zakresie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzinom	54
7. Prowadzenie działań w ramach rynku pracy wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi	55
8. Koordynowanie działań realizowanych na terenie województwa podlaskiego w ramach Programu Regionalnego	57
9. Podejmowanie działań na rzecz uruchomienia stacjonarnego oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży.....	57
Rozdział VI – Realizacja programu	59
1. Monitoring Programu	59
2. Finansowanie Programu	59
3. Harmonogram realizacji założeń programu	60

Rozdział I - Wprowadzenie

1. Podstawy prawne systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie psychiczne jest dobrostanem, który umożliwia jednostce sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie (tj. realizację swoich możliwości, umiejętność radzenia z różnymi sytuacjami życiowymi, uczestniczenie w życiu społecznym, wydajną pracę), a nie tylko brakiem zaburzeń psychicznych.¹

Uznając, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa, uchwalono ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 Nr 231, poz. 1375). Zgodnie z jej zapisami, zadaniem jakim jest ochrona zdrowia psychicznego należy do:

- organów administracji rządowej i samorządowej,
- stowarzyszeń i innych organizacji społecznych,
- fundacji,
- samorządów zawodowych,
- kościołów i innych związków wyznaniowych,
- grup samopomocy pacjentów i ich rodzin,
- instytucji do tego powołanych.²

Poprzez ochronę zdrowia psychicznego należy rozumieć podejmowanie działań mających na celu:

- promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
- 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,
- kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości a także przeciwdziałanie dyskryminacji.³

¹ L. Gromulska, *Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów światowej organizacji zdrowia*, Przegl. Epidemiol. 2010; 64: 127

² Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 Nr 231, poz. 1375)

³ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 Nr 231, poz. 1375)

28 grudnia 2010 r. Rada Ministrów ustanowiła **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego** (Dz. U. 2011 nr 24 poz. 128) - **NPOZP**, który przyjęty został w drodze rozporządzenia. Program realizowany będzie w latach 2011-2015.

W Programie określone zostały następujące cele główne i szczegółowe:

1. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, w tym:
 - 1.1. Upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.
 - 1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym.
 - 1.3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.
 - 1.4. Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu.
2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.
 - 2.1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
 - 2.2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.
 - 2.3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.
 - 2.4. Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.
3. Rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.
 - 3.1 Przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych.
 - 3.2 Promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego.
 - 3.3 Unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemu statystyki medycznej.
 - 3.4 Ocena skuteczności realizacji programu.

W załączniku nr 1 do w/w rozporządzenia - „Harmonogram realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego”, wymienione zostały podmioty, które zobowiązane są do realizacji założeń NPOZP. Jednym z nich jest samorząd województwa. Ponadto w załączniku nr 1 poszczególnym realizatorom postawiono cele główne oraz cele szczegółowe. Do Programów Regionalnych, opracowywanych i realizowanych przez samorządy województw, przypisane zostały:

- cel główny 1 wraz z celami szczegółowymi 1.1, 1.3 oraz 1.4,
- cel główny 2 wraz z celami szczegółowymi 2.1, 2.2, 2.3 oraz 2.4.

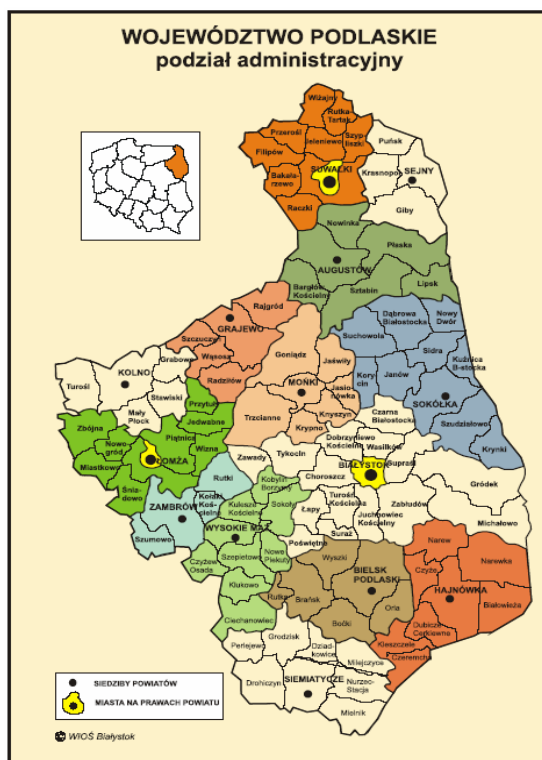
Zgodnie z celem szczegółowym 2.4 jednym z zadań samorządów województw jest powołanie Wojewódzkiego Zespołu Koordynującego Realizację Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwanego dalej Programem Regionalnym. W województwie podlaskim Uchwałą numer 18/150/2011 z dnia 22 marca 2011 roku Zarządu Województwa Podlaskiego powołany został wyżej wspomniany Zespół.

Do zadań Zespołu należą:

- realizacja, koordynowanie i monitorowanie Programu,
- wymiana informacji i współpraca z lokalnymi zespołami koordynującymi realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

2. Sytuacja demograficzna województwa podlaskiego

Województwo podlaskie znajduje się w północno-wschodniej części Polski i zajmuje powierzchnię 20 187 km². Na terenie województwa znajduje się 17 powiatów, z czego 3 to powiaty grodzkie.⁴



⁴ Roczniki Branżowe, *Rocznik Demograficzny*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011, s. 74-75

Zgodnie ze stanem na rok 2010, teren województwa zamieszkuje ogółem 1 188 300 obywateli, w tym 578 700 mężczyzn oraz 609 600 kobiet. Na tle całego kraju charakteryzuje się najniższą gęstością zaludnienia. Na 1 km² przypada 59 osób. Podobna sytuacja ma miejsce jedynie w województwie warmińsko-mazurskim.⁵ Zgodnie z prognozami Urzędu Statystycznego w Białymstoku liczba mieszkańców będzie systematycznie malała do wartości ok. 1 072 300 w roku 2 035.⁶ W roku 2000 odpowiednio liczba ta wynosiła 1 211 571.⁷

Tab.1 Ludność w powiatach

Jednostka terytorialna	Liczba mieszkańców ogółem
Miasto Białystok	295 198
Miasto Łomża	63 221
Miasto Suwałki	69 527
Powiat augustowski	58 704
Powiat białostocki	140 550
Powiat bielski	58 091
Powiat grajewski	49 207
Powiat hajnowski	45 838
Powiat kolneński	38 850
Powiat łomżyński	51 054
Powiat moniecki	41 991
Powiat sejneński	20 934
Powiat siemiatycki	46 883
Powiat sokólski	70 062
Powiat suwalski	35 248
Powiat wysokomazowiecki	58 700
Powiat zambrowski	44 271

Źródło: Roczniki Branżowe, *Rocznik Demograficzny*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011, s. 78

Większość mieszkańców województwa podlaskiego, tj. 715 761 osób stanowi ludność miejska - 60% ogółu (dane za 2009 rok). Obszary wiejskie natomiast zamieszkuje 473 970 obywateli.⁸ Rozkład ludności w poszczególnych powiatach przedstawia powyższa tabela. Większość koncentruje się na terenach: Miasta Białystok oraz powiatu białostockiego.

⁵ Roczniki Branżowe, *Rocznik Demograficzny*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011, s. 74

⁶ Urząd Statystyczny w Białymstoku http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bialystok/ASSETS_10w05_04.pdf

⁷ Urząd Statystyczny w Białymstoku http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bialystok/ASSETS_10w05_01.pdf

⁸ Urząd Statystyczny w Białymstoku http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bialystok/ASSETS_10w05_01.pdf

Zgodnie z prognozami odsetek osób w wieku produkcyjnym będzie systematycznie malał, od wartości 752 000 w roku 2010 do 603 400 w roku 2035.⁹ Szczegółowe przewidywania w tym zakresie zawarte są w poniższej tabeli.

Tab.2 Prognoza ludności w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym do 2035 roku¹⁰

Wyszczególnienie	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Ogółem	1 183 800	1 169 000	1 153 500	1 133 400	1 105 600	1 072 300
W wieku przedprodukcyjnym	223 400	209 800	208 800	205 000	186 900	165 000
W wieku produkcyjnym	752 000	732 000	691 000	651 400	627 100	603 400
W wieku poprodukcyjnym	208 400	227 200	253 700	277 000	291 600	303 800
Kobiety w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	69,8	74,6	84,6	92,0	94,9	98,5
Mężczyźni w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	46,2	46,5	51,6	58,3	60,2	60,0

Źródło: Urząd Statystyczny w Białymstoku

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bialystok/ASSETS_10w05_04.pdf

⁹ Urząd Statystyczny w Białymstoku http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bialystok/ASSETS_10w05_04.pdf

¹⁰ Urząd Statystyczny w Białymstoku http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bialystok/ASSETS_10w05_04.pdf

Rozdział II – Opis problemu zdrowotnego.

Prognozy dostępne na temat zdrowia psychicznego ukazują jak poważny i narastający problem stanowią zaburzenia psychiczne. Podstawowymi miernikami ilościowymi stanu zdrowia psychicznego są współczynnik rozpowszechnienia (chorobowości) i zapadalności (zachorowalności).

W Polsce, w okresie pomiędzy 1999 a 2007 rokiem, współczynnik chorobowości zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 119%, tj. z 1 629 do 3 571 na 100 tys. ludności. W opiece stacjonarnej w tym samym okresie współczynnik wzrósł o 50% tzn. z 365 do 542 na 100 tys. ludności.

Do dwóch najczęściej występujących zaburzeń psychicznych zalicza się depresję oraz zaburzenia wynikające z nadużywania alkoholu.¹¹

1. Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży.

Zgodnie z dostępnymi danymi epidemiologicznymi około 900 000 dzieci i młodzieży w Polsce wymaga opieki psychiatryczno-psychologicznej. W roku 2004 z pomocy poradni skorzystało 129 000, natomiast z opieki szpitalnej około 12 000 osób z w/w grupy wiekowej.¹²

Przyczyną zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży mogą być różne czynniki etiologiczne. Bardzo ważne są prawidłowe relacje z matką. Zaniedbania względem dziecka przybierają 3 podstawowe formy:

- 1) Psychologiczne, gdy mamy do czynienia ze zbyt małym zaangażowaniem emocjonalnym matki oraz brakiem podejmowania przez nią działań wychowawczych.
- 2) Fizyczne, tzn. że nie są zaspokajane potrzeby fizjologiczne dziecka (karmienie, ubieranie czy zapewnienie bezpieczeństwa).
- 3) Środowiskowe, jeśli dziecko wychowuje się w środowisku, w którym nie może liczyć na wsparcie, pełnym gwałtu, agresji czy przemocy.

¹¹ L. Gromulska, *Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, Przegl. Epidemiol., 2010; 64: 127

¹² A. Samochowiec, J. Samochowiec, *Oczekiwania i wyzwania a możliwości współczesnej psychiatrii*, TERAPIA 11-12/2009, s. 9

Bardzo częstym skutkiem wyżej wymienionych zaniedbań są **zaburzenia zachowania**.¹³

Odminną grupą zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży są **całościowe zaburzenia rozwoju**, gdzie mamy do czynienia z podłożem neurobiologicznym. Obie grupy zaburzeń mogą w pewnych obszarach dawać zbliżone objawy.

1.1. Zaburzenia zachowania u dzieci.

Pierwsze problemy z prawidłowym rozwojem sfery emocjonalnej dziecka mogą wystąpić już w okresie niemowlęstwa. Badania dowodzą, że na przyszłe zdrowie psychiczne dziecka ogromny wpływ ma bezpośrednia relacja uczuciowa między matką a niemowlęciem. Od jakości tej relacji, w okresie pomiędzy 2 a 18 miesiącem życia, zależy rozwój prawego hipokampa oraz prawego płata nadoczodołowego. Są to obszary odpowiadające za zdolność tworzenia i utrzymywania związków uczuciowych z ludźmi. Wieloletnie obserwacje wskazują, iż na prawidłowy rozwój czynności mózgu w znacznym stopniu wpływa odpowiednia stymulacja. W rozwoju niektórych funkcji musi ona wystąpić w określonym momencie życia. W przeciwnym razie nie nastąpi prawidłowy rozwój wspomnianych obszarów mózgu. Poniesionych strat nie da się nadrobić w późniejszym okresie życia.¹⁴

Zaniedbania psychologiczne przejawiają się brakiem działań wychowawczych i zbyt małym zaangażowaniem emocjonalnym matki. Są one w ścisłym związku z późniejszymi zachowaniami agresywnymi i wycofywaniem się z kontaktów. Badania wykazały, że sprawność intelektualna zaniedbanych psychologicznie pięciolatków jest poniżej przeciętnej. Ponadto w tej grupie dzieci utrzymuje się agresywność.¹⁵

Najczęściej występującymi zaburzeniami psychicznymi u dzieci są zaburzenia zachowania¹⁶, określane też mianem nieprzystosowania społecznego czy trudności wychowawczych¹⁷. Są to uporczywe i powtarzające się zachowania buntownicze, agresywne i aspołeczne. W postaci łagodniejszej natomiast mamy do czynienia z wybuchami złości, częstymi kłótniami, zachowaniami buntowniczymi, nieprzestrzeganiem reguł, obarczaniem innych odpowiedzialnością za własne błędy i niewłaściwe zachowania. Na rozwój zaburzeń wpływ mają cechy samego dziecka oraz wzajemnie oddziaływujące na siebie czynniki genetyczne i środowiskowe. Z metaanalizy badań nad leczeniem dzieci w wieku szkolnym,

¹³ J. Komender, *Postępy w psychiatrii dzieci i młodzieży*, Medycyna Praktyczna – Pediatria 2/2003, s. 172

¹⁴ J. Bomba, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Medycyna Praktyczna – Pediatria 2/2002, s. 109

¹⁵ J. Komender, *Postępy w psychiatrii dzieci i młodzieży*, Medycyna Praktyczna – Pediatria 2/2003, s. 172

¹⁶ J. Komender, *Postępy w psychiatrii dzieci i młodzieży*, Medycyna Praktyczna – Pediatria 2/2003, s. 172

¹⁷ E. Derlikiewicz, *Zaburzenia zachowania a środowisko rodzinne dziecka*, Praca dyplomowa napisana w Zakładzie Pedagogiki Specjalnej pod kierunkiem dr U. Morcinek, Szczecin 2001

przejawiających w/w zaburzenia, wynika że pozytywne efekty w ich leczeniu dają: terapia behawioralno-poznawcza dziecka i treningi rodziców. Dzięki treningom rodzice uczą się jak wspierać pożądane zachowania prospołeczne i skutecznie stosować dyscyplinę wychowawczą. Wszystko to ma służyć kształtowaniu umiejętności rozwiązywania problemów i radzenia sobie z gniewem.¹⁸ Jest to o tyle istotne, iż zaburzenia zachowania i agresja u dzieci i młodzieży to poważny i wyraźnie narastający problem społeczny.

Rodzaje zaburzeń zachowania u dzieci

Zgodnie z amerykańską klasyfikacją zaburzeń psychicznych DSM-IV zaburzenia zachowania przyporządkowane są do niżej wymienionych grup symptomatycznych:

- zachowania agresywne, przynoszące szkodę innym ludziom lub zwierzętom, zagrażające ich zdrowiu a nawet życiu,
- nieagresywne zachowania powodujące utratę lub zniszczenie cudzej własności,
- włamania i kradzieże,
- poważne naruszenia prawa.

Ze względu na wiek wyróżniamy:

- 1) Typ dziecięcy – dotyczący zaburzeń ujawniających się przed 10 rokiem życia (zanim dziecko wejdzie w okres dojrzewania). Zwykle występuje u chłopców. Przejawem zaburzeń jest agresja fizyczna, konflikty z rówieśnikami kończące się bójkami. Dzieci dotknięte tym typem zaburzeń są aroganckie, nieposłuszne, kłótlive, ignorują zalecenia i obrażają dorosłych, używają wulgarnych słów, tracą panowanie nad sobą z byle powodu, świadomie denerwują innych. Zachowania takie często z wiekiem ulegają nasileniu co skutkuje wykształceniem się osobowości antyspołecznej.
- 2) Typ adolescencyjny – zaburzenia zachowania zaczynają się w okresie dojrzewania i ujawniają po 10 roku życia. W tym przypadku zachowania agresywne występują rzadziej, relacje z rówieśnikami są zwykle zadowalające. Najczęściej mamy do czynienia z kradzieżami, wagarami, łamaniem reguł społecznych. Zaburzenia tego typu występują u obu płci z podobną częstotliwością.

¹⁸ J. Komender, *Postępy w psychiatrii dzieci i młodzieży*, Medycyna Praktyczna – Pediatra 2/2003, s. 172-173

W zależności od nasilenia problemu wyróżniamy:

- 1) Łagodne zaburzenia zachowania dotyczące niewielkich naruszeń prawa, nie powodujące poważnego zagrożenia zdrowia i życia. Zaburzenia tego typu są jednak uciążliwe i ewidentnie odbiegają od przyjętych norm.
- 2) Umiarkowane zaburzenia zachowania, które odnoszą się do zachowań stanowiących wyraźne zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi czy zwierząt. Dotyczą zarówno zaburzeń emocjonalnych jak i niewłaściwych postaw społecznych.
- 3) Nasilone zaburzenia zachowania charakteryzujące się spełnieniem wszystkich kryteriów diagnostycznych zawartych w DSM-IV, oraz szczególnie dużą intensywnością i różnorodnością objawów.¹⁹

Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 wyróżniamy 4 kategorie zaburzeń.

- 1) Zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego, charakteryzujące się zachowaniami dyssocjalnymi, agresywnymi, opozycyjnymi lub destrukcyjnymi. W tym przypadku mamy do czynienia z kradzieżami, niszczeniem (zabawek, ubrań, mebli), przemocą w stosunku do członków rodziny, celowymi podpaleniami. Relacje społeczne dziecka poza środowiskiem rodzinnym mieszczą się natomiast w normie.
- 2) Zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji, na które składają się całościowe zaburzenia dyssocjalne lub agresywne z zaburzonymi relacjami zarówno rówieśniczymi jak i z dorosłymi. W kontaktach z rówieśnikami dzieci z tego typu zachowaniami mają problemy z izolacją, niepopularnością, odrzuceniem, brakiem przyjaciół i bliższych relacji z innymi dziećmi. W przypadku relacji z dorosłymi mamy do czynienia z wrogością, chowaniem urazy, konfliktowością. Do typowych zachowań należą tu: bójki, stosowanie siły i przemocy, nieposłuszeństwo, tyranizowanie innych, niechęć do współpracy, sprzeciw wobec autorytetów, niekontrolowane i poważne napady złości, działania destrukcyjne, okrucieństwo wobec ludzi i zwierząt. Zaburzenia najbardziej uwidaczniają się w środowisku szkolnym, ale dotyczą każdego obszaru, również rodzinnego.
- 3) Zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji występują u dzieci dobrze zintegrowanych z grupą rówieśniczą, zawierających trwałe przyjaźnie. Złe są natomiast zazwyczaj relacje z dorosłymi, szczególnie będącymi autorytetami. Występują utrwalone

¹⁹ U. Owsza, *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*, Remedium Nr 125-126 2003,
<http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/61-remedium/565-zaburzenia-zachowania-u-dzieci-i-mlodziezy.html>

zachowania dyssocjalne lub agresywne. Zaburzenia zachowania ujawniają się przede wszystkim poza domem i są ograniczone do środowiska szkolnego.

- 4) Zachowania opozycyjno-buntownicze występują u dzieci poniżej 9-10 roku życia. Charakteryzują się postawą buntowniczą, prowokacyjną, negatywistyczną, destrukcyjną, przekraczaniem przyjętych dla danego wieku norm społeczno-kulturowych. Dziecko przejawiające tego typu zaburzenia łatwo wpada w złość, frustrację, traci nad sobą panowanie, chowa urazę, lubi prowokować i inicjować konfrontację. Cechą charakterystyczną jest brak zachowań dyssocjalnych i agresywnych, naruszających prawa innych osób, takich jak. kradzieże, napaści, niszczyicielstwo, tyranizowanie.²⁰

Zespół deficytu uwagi z nadruchliwością (ADHD – attention deficit hyperactivity disorder/ zaburzenia hiperkinetyczne)

Przyczyną zaburzeń hiperkinetycznych są, z reguły uwarunkowane genetycznie, strukturalne i czynnościowe zmiany w określonych rejonach ośrodkowego układu nerwowego. Pierwsze objawy pojawiają się zazwyczaj zanim dziecko ukończy 5 rok życia. Do najbardziej charakterystycznych symptomów zalicza się: nadmierną ruchliwość, impulsywność i zaburzenia koncentracji uwagi. Konsekwencją ADHD są problemy z procesem kształcenia, relacjami społecznymi, funkcjonowaniem w rodzinie oraz przestrzeganiem prawa i norm społecznych. Dzieci z ADHD częściej ulegają urazom czy przypadkowym zatruciom, są bardziej podatne na negatywne zjawiska (rezygnacja z kształcenia, działania antyspołeczne, nałogi, stwarzanie zagrożenia w ruchu drogowym, zaburzenia osobowości, depresja, itp.)²¹

Dzieci z ADHD postrzegane są jako niegrzeczne, nieposłuszne, gorsze. Z powodu nieumiejętności podporządkowania się regułom, ciągłej potrzeby przewodzenia i ogólnej nadaktywności nie są akceptowane ani przez rówieśników ani przez dorosłych. Wcześniej czy później dochodzi do izolacji dziecka a otoczenie nabiera przekonania, że należy go unikać. Takie podejście powoduje u dziecka szybką utratę poczucia własnej wartości i wiary, że cokolwiek jest w stanie zrobić dobrze.²²

²⁰ *Klasyfikacja zaburzeń zachowania w ICD – 10. Rewizja 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 1997, s.222

²¹ J. Komender, *Postępy w psychiatrii dzieci i młodzieży*, Medycyna Praktyczna – Pediatria 2/2003, s. 173

²² *Zaburzenia zachowania*, Opracowanie na podstawie: T.Wolańczyk, A.Kołąkowski, M.Skotnicka

"Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci".

http://www.darecki.boo.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=36

1.2. Zaburzenia rozwoju

Zaburzenia rozwoju cechuje opóźnienie lub nieprawidłowości w rozwoju relacji społecznych, komunikacji, zachowania i funkcji poznawczych. Objawy tych zaburzeń mogą ujawnić się w okresie wczesnodziecięcym, a nawet niemowlęcym. Dotyczy to zaburzeń neurobiologicznych, przejawiających się w specyficznym wzorcu zachowań. Wyróżniamy tu jakościowe nieprawidłowości w zakresie:

- 1) Wzajemnych interakcji społecznych, które mogą występować z różnym nasileniem i polegać na braku potrzeby oraz trudnościach w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji z innymi ludźmi.
- 2) Werbalnego i niewerbalnego komunikowania się, polegające na problemach w posługiwaniu się językiem, prowadzeniu dialogu i synchronizacji w porozumiewaniu się z innymi.
- 3) Obecności ograniczonych, powtarzających się i stereotypowych wzorców zachowań, zainteresowań i aktywności.

Zaburzenia rozwoju ujawniają się całościowo zazwyczaj w ciągu 5 lat życia, jednakże rozwój dziecka jest nieprawidłowy od niemowlęctwa a towarzyszą mu globalne zaburzenia funkcjonowania.

Wśród najważniejszych zaburzeń rozwoju należy wymienić:

- autyzm dziecięcy,
- autyzm atypowy,
- zespół Aspergera,
- zespół Retta,
- dziecięce zaburzenie dezintegracyjne,
- zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi,
- zaburzenia rozwoju nieokreślone.²³

Autyzm dziecięcy

W przypadku większości dzieci pierwsze objawy autyzmu dziecięcego pojawiają się w pierwszym roku życia i mogą to być :

²³ A. Bryńska, M. Witkowska, *Wczesne objawy całościowych zaburzeń rozwoju*, 12 Szkoła Pediatrii Vol 16 No 5 Klinika Pediatryczna, s. 5140

- awersja bądź obojętność na kontakt fizyczny i nadmierny spokój,
- zaburzenia kontaktu wzrokowego,
- brak: uśmiechu na widok matki, reakcji na jej zbliżanie się czy głos rodziców, potrzeby obecności i uwagi opiekunów,
- brak: wspólnie podzielanej uwagi, tj. umiejętności kierowania uwagi na ten sam przedmiot co osoba dorosła i dzielenia się z otoczeniem obiektem swego zainteresowania,
- brak wskazywania protodeklaratywnego (pod koniec pierwszego roku życia dziecko nie wskazuje palcem na obiekt swojego zainteresowania),
- czasem występuje brak wskazywania protoimperatywnego (na przedmiot, który dziecko chciałoby dostać),
- brak lub zaburzenia rozwoju mowy,
- ograniczony, stereotypowy wzorzec zachowań, zainteresowań, zabaw i aktywności,
- objawy niepokoju w obliczu nawet niewielkiej zmiany oraz dążenie do zachowania niezmienności otoczenia,
- lęk przed intensywnymi bodźcami,
- nadmierna ruchliwość dziecka lub niski poziom aktywności,
- spaczone reakcje na bodźce,
- problemy z odżywianiem,
- problemy ze snem,
- problemy z utrzymaniem higieny osobistej (np. moczenie),
- wyizolowane umiejętności, które są nietypowe i nieadekwatne do wieku dziecka.²⁴

Autyzm atypowy

Autyzm atypowy charakteryzuje się nietypowym obrazem klinicznym, nietypowym wiekiem pojawienia się objawów (nieprawidłowy rozwój bądź upośledzenie ujawniają się po trzecim roku życia), bądź też zbyt małą liczbą objawów niezbędnych do postawienia właściwej diagnozy. Zwykle rozpoznawany jest u osób głęboko upośledzonych lub przejawiających ciężkie specyficzne zaburzenia rozwoju, rozumienia języka, z niskim poziomem funkcjonowania, co uniemożliwia ujawnienie się charakterystycznych zachowań

²⁴ A. Bryńska, M. Witkowska, *Wczesne objawy całościowych zaburzeń rozwoju*, 12 Szkoła Pediatrii Vol 16 No 5 Klinika Pediatryczna, s. 5141-5143

koniecznych do rozpoznania autyzmu.²⁵ Autyzm atypowy jest diagnozowany wtedy, kiedy nie można stwierdzić, że dziecko jest chore na autyzm wczesnodziecięcy lub zespół Aspergera, ale ma pewne charakterystyczne dla autyzmu deficyty rozwoju.²⁶

Zespół Aspergera

Objawy zespołu Aspergera w okresie wczesnodziecięcym są mało charakterystyczne, w związku z tym rozpoznanie tej choroby przed piątym rokiem życia jest w zasadzie niemożliwe. Problemy z prawidłowym rozpoznaniem są często pośrednio wynikiem niewłaściwej diagnozy pierwotnej. Objawy zespołu Aspergera bywają mylone z zespołem nadpobudliwości ruchowej, zaburzeniami zachowania lub obsesyjno-kompulsyjnymi, itp. W przypadku zespołu Aspergera, w przeciwieństwie do wielu innych zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego, objawy występują niemal od urodzenia. Biorąc pod uwagę fakt, że wczesne objawy są bardzo dyskretne (trudne do zauważenia).

W okresie niemowlęcym:

- niespecyficzne problemy ze snem, niechęć do przytulania się do osób bliskich, brak lub słabo wyrażona umiejętność dzielenia uwagi i wskazywania protodeklaratywnego, nietypowe (zbyt silnie lub zbyt słabo wyrażone) reakcje na bodźce,
- dziecko w pierwszym roku życia jest nad wyraz spokojne i mało absorbujące, najchętniej pozostawione samo sobie (tzw. bardzo dobre i spokojne dziecko), z nieco opóźnionym rozwojem ruchowym, jednocześnie wczesnym rozwojem naśladownictwa wokalnego i językowego,
- dziecko jest bardzo krzykliwe, trudne do uspokojenia, z zachowaniami skrajnymi od nadaktywności do apatii, z poważnymi problemami ze snem (tzw. bardzo trudne dziecko),

W okresie wczesnodziecięcym:

- opóźniony, lawinowy lub nietypowy rozwój mowy,
- trudności w rozumieniu zdań i podtrzymywaniu konwersacji,
- hiperleksja – bardzo wczesnie pojawiająca się umiejętność czytania, nawet zanim dziecko nauczy się posługiwania mową,
- dziecko w swoich wypowiedziach sprawia wrażenie zbyt mądrego i zbyt dorosłego,

²⁵ A. Bryńska, M. Witkowska, *Wczesne objawy całościowych zaburzeń rozwoju*, 12 Szkoła Pediatrii Vol 16 No 5 Klinika Pediatryczna, s. 5141

²⁶ *Autyzm*, Dolnośląskie Stowarzyszenie na Rzecz Autyzmu, <http://www.autyzm.wroclaw.pl/autyzm/>

- bywa nadmiernie ruchliwe, impulsywne, uparte, nieustępliwe, bądź pasywne i wycofane z problemami z koncentracją uwagi, wyizolowane,
- ma sztywne, stereotypowe zainteresowania,
- ponadto mogą wystąpić zaburzenia koordynacji ruchowej.

W późniejszym okresie życia natężenie objawów może być bardzo różne, od prawie niezauważalnych aż do nasilonych w stopniu uniemożliwiającym normalne funkcjonowanie. Dzieci z zespołem Aspergera mają trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami, nie interesują się innymi dziećmi, nie mają przyjaciół wśród rówieśników, wolą bawić się same, jeśli dążą do interakcji to często w sposób nieprawidłowy, np. kontakty z innymi są inicjowane poprzez uderzanie, wężchanie, gryzienie itp.²⁷

Zespół Retta

Zespół Retta, w postaci klasycznej, jest postępującą chorobą neurologiczną, dotyczącą w większości dziewcząt. W pierwszym okresie życia, tj. do 6-18 miesiąca, dzieci wykazują prawidłowy rozwój psychomotoryczny. W późniejszym okresie obserwuje się okres stagnacji, po którym następuje faza wyraźnego cofania pod względem werbalnym i ruchowym. Charakterystycznym i klasycznym objawem jest „utrata celowego posługiwania się rękoma, która jest zastępowana powtarzalnymi stereotypowymi ruchami rąk”. W wielu przypadkach, przed upływem 18-24 miesiąca, pojawiają się napady krzyku i trudnego do opanowania płaczu.²⁸

Według niektórych źródeł zespół Retta jest genetycznie uwarunkowanym zespołem całościowych zaburzeń rozwoju, którym towarzyszą deficyty psychiczne i fizyczne. Przyczyną jest mutacja genu MECP2. Cechą charakterystyczną jest to, że po okresie prawidłowego rozwoju, następuje uwstecznienie, ponadto pojawiają się postawa autystyczna i zaburzenia motoryki ciała. Wyróżniamy kilka postaci klinicznych zespołu: lekką i ciężką oraz klasyczną i nietypową.²⁹

²⁷ A. Bryńska, M. Witkowska, *Wczesne objawy całościowych zaburzeń rozwoju*, 12 Szkoła Pediatrii Vol 16 No 5 Klinika Pediatryczna, s. 5143

²⁸ *Co to jest zespół Retta?*, http://rettsyndrome.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=14:co-to-jest-zaspo-retta&catid=8:zespo-retta&Itemid=27

²⁹ *Zespół Retta, czyli świat Milczących Aniołów*, <http://www.damy-rade.org/medycyna/1915-zespol-retta-czyli-swiat-milczacych-aniolow.html>

Dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (zespół Hellera)

Dziecięce zaburzenia dezintegracyjne należą do najpóźniej ujawniających się całościowych zaburzeń rozwoju. Dziecko traci nabyte wcześniej umiejętności motoryczne, językowe i społeczne między 2 a 4 rokiem życia. Do tego czasu rozwija się prawidłowo. Proces ten może trwać do 10 roku życia. Objawy zespołu Hellera w pewnym stopniu przypominają symptomy autyzmu dziecięcego. Zasadnicza różnica polega na tym, że w przypadku autyzmu dziecko wykazuje pewne objawy zaraz po urodzeniu.³⁰ W przypadku dziecięcych zaburzeń dezintegracyjnych rozwój w zakresie mowy, interakcji społecznych, relacji, zabawy i zachowań adaptacyjnych jest w pełni prawidłowy w pierwszych latach życia. Późniejsza utrata nabytych umiejętności społecznych, komunikacyjnych i adaptacyjnych następuje w ciągu zaledwie kilku miesięcy. Dziecko dotknięte zespołem Hellera może bez uzasadnionej przyczyny stać się lękliwe, negatywistyczne, nieposłuszne, łatwo wpadające w złość. Po pewnym czasie następuje obniżenie zdolności intelektualnych oraz zupełny zanik mowy i rozumienia języka.³¹

Zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi

Tego typu zaburzenia, obok autyzmu dziecięcego i zespołu Aspergera, należą do całościowych zaburzeń rozwojowych. Są opisane jako źle zdefiniowane zaburzenia o niepewnej wartości nozologicznej. Dotyczą dzieci z umiarkowaną bądź głęboką niepełnosprawnością umysłową ($IQ < 50$), której towarzyszą: nadpobudliwość ruchowa, zaburzenia uwagi i zachowania stereotypowe. W przeciwieństwie do dzieci nadpobudliwych z poziomem inteligencji w normie, nadpobudliwość ruchowa u dzieci z zaburzeniami hiperkinetycznymi może przechodzić (w okresie dojrzewania) w ponowne obniżenie aktywności. Brak jest danych dotyczących stopnia zależności wyżej wymienionych zaburzeń od niskiego ilorazu inteligencji czy uszkodzeń mózgu.³²

³⁰ Autyzm, Dolnośląskie Stowarzyszenie na Rzecz Autyzmu, <http://www.autyzm.wroclaw.pl/autyzm/autyzm/>

³¹ M. Tyczyńska, *Całościowe zaburzenia rozwoju dziecka*, <http://dziecisawazne.pl/calosciowe-zaburzenia-rozwoju-dziecka/>

³² I. Chojnicka, *Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym*, <http://www.forumautyzmu.pl/artukul/psychologia/zaburzenie-hiperkinetyczne-towarzyszacym-uposledzeniem-umyslowym>

Zaburzenia rozwoju nieokreślone

Do tej kategorii zaliczamy te, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych pozostałych rodzajów zaburzeń. Mamy tu do czynienia z objawami niespecyficznymi, uniemożliwiającymi zakwalifikowanie do którejkolwiek z wcześniej opisanych jednostek chorobowych. Nie mamy natomiast wątpliwości, co do tego, że są to zaburzenia psychiczne i zachowania.³³

2. Zaburzenia psychotyczne i afektywne

Choroby psychotyczne i afektywne charakteryzuje przewlekły lub nawracający przebieg. Stan psychotyczny powoduje zaburzenia w postrzeganiu rzeczywistości – chory może widzieć obrazy, słyszeć dźwięki, czy też czuć smaki, pomimo iż nie są one rzeczywiste. U osób chorych mogą również występować zaburzenia toku myślenia.³⁴ W zależności od objawów do chorób psychotycznych zaliczane są zaburzenia schizofreniczne oraz urojeniowe, które ujęto w rozdziale F2 Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD 10).

Zaburzenia schizofreniczne zaliczane są do psychoz endogennych. Pojawiają się zazwyczaj u osób młodych. W przypadku mężczyzn w okresie pomiędzy 20 a 28 rokiem życia, natomiast u kobiet choroba ujawnia się w wieku 26-32 lat. Osoby dotknięte schizofrenią, z powodu objawów choroby, mają problemy z prawidłowym funkcjonowaniem w społeczeństwie.³⁵

Schizofrenia objawia się „upośledzeniem postrzegania lub wyrażania rzeczywistości”. Towarzyszą jej halucynacje, urojenia, omamy, dziwne zachowania, ubóstwo mowy, trudność w przeżywaniu pozytywnych uczuć, apatia itp. Osoby cierpiące z powodu schizofrenii mają problem z komunikacją interpersonalną oraz prowadzeniem aktywności społecznej, często wycofują się z kontaktów. Ponadto występują szczególne zaburzenia ruchu i napędu (zahamowanie lub pobudzenie z cechami chaotyczności), rozkojarzenie i problemy z pamięcią operacyjną.³⁶

³³ Nieokreślone zaburzenie rozwoju psychicznego, <http://zdrowie.wieszjak.pl>

³⁴ <http://www.116123.edu.pl/>

³⁵ <http://schizofrenia.eu/>

³⁶ <http://www.medserwis.pl/?p=4097,726,10>

Zaburzenia urojeniowe polegają na fałszywych przekonaniach, błędnych sądach, które są niedorzeczne i nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości. Osoby, u których występuje psychoza nie przyjmują dowodów przeczących ich przekonaniom. Urojenia mogą mieć np. charakter prześladowczy, hipochondryczny, owładnięcia, odsłonięcia.³⁷

Chorobom afektywnym, opisanym w rozdziale F3 ICD-10, towarzyszy występowanie nawracających stanów **depresji, manii** lub obu tych stanów jednocześnie. Choroby te powodują cierpienie, dezadaptację, ograniczenie lub całkowitą utratę samodzielności, co uniemożliwia zaspokajanie podstawowych potrzeb i czynności życiowych. Ponadto może dochodzić do utraty zdolności społecznych, co zakłóca prawidłowe relacje z otoczeniem.³⁸

Biorąc pod uwagę czynniki wywołujące depresję, wyróżnia się jej trzy rodzaje:

- 1) Depresja endogenna – za przyczynę tego rodzaju schorzenia uważa się biochemiczne zaburzenia funkcjonowania mózgu, systemu hormonalnego lub nerwowego. Występuje obniżenie napędu psychoruchowego, zahamowanie procesów psychicznych i nerwowych, rozregulowanie rytmów snu i czuwania. Ponadto pojawiającemu się uczuciu smutku towarzyszą zniecierpliwienie, rozdrażnienie, niekiedy konflikty z otoczeniem.³⁹
- 2) Depresja wywołana chorobą somatyczną – powstaje w wyniku wpływu choroby somatycznej na funkcję ośrodkowego układu nerwowego⁴⁰.
- 3) Depresja psychogenna – główną przyczyną są pojawiające się czynniki obciążające psychikę np. utrata bliskiej osoby, przewlekłe frustracje, długotrwałe stresy związane z pracą zawodową, przewlekłe konflikty w życiu rodzinnym, wyobcowanie społeczne, izolacja itp.⁴¹

Depresja dotyczy 120 milionów ludzi na świecie. W okresie 1999-2008 liczba leczonych z powodu zaburzeń afektywnych w opiece ambulatoryjnej zwiększyła się o 70%, z ponad 150 000 do ponad 260 000. Wskaźnik zapadalności w opiece ambulatoryjnej w 1998 roku był równy 108 na 100 tys. ludności, 10 lat później nastąpił wzrost o 39%, czyli 150 na 100 tys. mieszkańców.⁴² Zgodnie z raportami Światowej Organizacji Zdrowia mniej niż 25% osób cierpiących na depresję ma dostęp do odpowiedniej opieki i terapii.⁴³ Wzrost współczynnika chorobowości (opieka ambulatoryjna) obserwowany jest we wszystkich grupach wiekowych, szczególnie jednak w przedziale 0-18 – wzrost o 31%. Jeśli chodzi

³⁷ <http://zdrowie.wieszjak.pl/>

³⁸ *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 40

³⁹ www.resmedica.pl

⁴⁰ www.resmedica.pl

⁴¹ www.resmedica.pl

⁴² *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 25

⁴³ L. Gromulska, *Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, Przegl. Epidemiol., 2010; 64: 127 ?

o współczynnik zapadalności we wspomnianym przedziale wiekowym także zaobserwowano wzrost o 12%.⁴⁴

W lecznictwie stacjonarnym w latach 1999-2006 odnotowano wzrost liczby pacjentów z 18 900 do około 21 000, natomiast w kolejnych dwóch latach nastąpiło zmniejszenie liczby pacjentów do około 18 000.⁴⁵

Epidemiologia chorób psychicznych i afektywnych

W 1999 roku w opiece ambulatoryjnej z powodu przewlekłych, nawracających chorób psychicznych i urojeniowych leczonych było ponad 250 tys. osób, a w 2009 leczyło się 350 tys. osób. Nastąpił, wzrost chorobowości o 34%, z 670 do 897 na 100 tys. ludności. W latach 1999-2009 w opiece całodobowej również nastąpił wzrost liczby osób hospitalizowanych z 53.500 osób w 1999 roku do 56.300 osób w 2009 roku (współczynnik chorobowości wzrósł o 6%, ze 139 do 148 na 100 tys. ludności).

We wspomnianych latach więcej pacjentów leczonych było z powodu schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych, niż z powodu chorób przewlekłych i nawracających. Sytuacja ta dotyczy zarówno opieki ambulatoryjnej, jak i całodobowej.⁴⁶

3. Zaburzenia psychiczne spowodowane nadużywaniem alkoholu

W wyniku wieloletnich badań Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła, iż dawki alkoholu, co do których można przyjąć, że nie wywołują szkód zdrowotnych wynoszą 20 gramów czystego alkoholu dla kobiety dziennie i 40 gramów dla mężczyzn, spożywanego do pięciu razy w tygodniu.⁴⁷ Wśród przyczyn nieumiarkowanego picia alkoholu wyróżnić można czynniki osobnicze (tj. m.in. metabolizm alkoholu sprzyjający pozytywnym przeżyciom a jednocześnie z ograniczonymi przykrymi objawami, styl życia) oraz czynniki środowiskowo-kulturowo-polityczne (tj. kultura spożywania alkoholu, obyczaje i normy społeczne, poziom akceptacji picia, polityka cenowa, dostępność, prawo regulujące spożycie

⁴⁴ *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 25

⁴⁵ *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 25

⁴⁶ *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 40

⁴⁷ www.parpa.pl

alkoholu w miejscach publicznych, system karania za wykroczenia i przestępstwa popełnione w stanie nietrzeźwości).⁴⁸

Eksperci, którzy zajmują się problemami alkoholowymi posługują się następującymi określeniami:

- 1) Picie ryzykowne – picie alkoholu w zbyt dużych dawkach, w okolicznościach, które zwiększają prawdopodobieństwo bycia ofiarą lub sprawcą wypadku, co może powodować powstawanie szkód zdrowotnych.
- 2) Picie szkodliwe – picie alkoholu powodujące występowanie szkód w sferze somatycznej, jak i w obszarze psychospołecznym jednostki.
- 3) Uzależnienie od alkoholu – w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD 10 zdefiniowano, iż o uzależnieniu można mówić w sytuacji wystąpienia (co najmniej trzech) następujących objawów: głód alkoholowy, zaburzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczaniu ilości wypijanego alkoholu, objawy zespołu abstynencyjnego w chwili przerywania picia, zmieniona tolerancja alkoholu.
- 4) Psychiczne powikłania uzależnienia: encefalopatie alkoholowe, zaburzenia nastroju, ostre i przewlekłe psychozy, zespół amnestyczny, otępienie, pogorszenie obrazu psychopatologicznego, zwiększone ryzyko samobójstw.⁴⁹

Epidemiologia zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu

Na przestrzeni ostatnich 10 lat spożycie 100% alkoholu, w przeliczeniu na 1 mieszkańca w Polsce wzrosło o ponad 2 litry. Zgodnie z raportem Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych średnie spożycie czystego alkoholu w 2009 roku na 1 mieszkańca wynosi 9,06 litra.⁵⁰ Obserwuje się zmianę struktury spożycia alkoholu polegającą na zmniejszeniu spożycia napojów niskoprocentowych na rzecz napojów spirytusowych.⁵¹ Zmiany zachodzące w strukturze spożycia napojów alkoholowych mają wpływ na wzrost liczby zgonów z powodu schorzeń powstających w wyniku spożywania alkoholu tj. choroby wątroby, zatrucia oraz zaburzenia psychiczne: w 1999 roku – ponad 8 tysięcy zgonów, w 2008 roku – 11 600. W opiece ambulatoryjnej współczynnik

⁴⁸ *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 32

⁴⁹ *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 32

⁵⁰ <http://tvp.info/informacje/ludzie/polak-pije-rocznie-9-litrow-czystego-alkoholu/4193101>

⁵¹ www.wyhamujwpore.pl

chorobowości w 2008 roku wzrósł o 32% względem roku 1999, z 353 na 467 na 100 tys. mieszkańców. Współczynnik zapadalności we wspomnianym okresie wzrósł o 30% ze 150 na 195 na 100 tys. mieszkańców. Również w opiece całodobowej obserwuje się wzrost chorobowości i zachorowalności. W latach 1999-2008 odnotowano wzrost chorobowości o 60% (ze 126 do 202 na 100 tys. ludności) oraz zachorowalności o 52% (z 69 do 105 na 100 tys.).⁵²

4. Zaburzenia psychiczne osób w wieku podeszłym.

Prognozy demograficzne wskazują, iż w latach 1998-2025 liczba osób w wieku powyżej 60 roku życia wzrośnie od 20 do 28%⁵³. Wzrost populacji ludzi starzejących się spowoduje zmianę struktury demograficznej społeczeństwa, co wiąże się z ryzykiem występowania zaburzeń psychicznych, będących skutkiem chorób somatycznych tj.: zespoły depresyjne i zaburzenia świadomości. Do zaburzeń związanych z wiekiem należą również zespoły otępienne (do 10% populacji po 65 r.ż.).⁵⁴

Otępienie zwane również demencją jest zespołem o charakterze przewlekłym lub postępującym. Wywołane jest zmianami zwyrodnieniowymi w mózgu, co powoduje utratę sprawności procesów poznawczych np. pamięci, procesów myślowych.⁵⁵ Otępienie może być rezultatem choroby Alzheimera, rozsianych ciał Lewiego, udaru, chorób związanych z zespołem nabytego braku odporności – HIV, choroby Pika, Huntingtona, Creutzfeldta-Jakoba. Ponadto opisywane zaburzenia mogą być wywołane poprzez nadużywanie alkoholu, długotrwały niedobór witamin, czy choroby metaboliczne.⁵⁶ W stanach o niewielkim nasileniu otępienie utrudnia funkcjonowanie, natomiast przy znacznym nasileniu powoduje inwalidyzację chorych, co powoduje iż wymagają oni opieki i pielęgnacji.⁵⁷

Wśród zaburzeń psychicznych wyróżnia się m.in. zaburzenia organiczne, włącznie z zespołami objawowymi. Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10 zaburzenia, o których mowa oznaczone zostały kodami od F00 do F09:

- F00 – otępienie w chorobie Alzheimera,

⁵² *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s.34

⁵³ Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen

⁵⁴ *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 37

⁵⁵ www.medisystem.pl/index.php/site/site_show/115/Zespol-otepienny.html

⁵⁶ <http://www.ptp.na1.pl/pliki/PatientTalk/PT10.pdf>

⁵⁷ *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 37

- F01 - Ołępienie naczyniowe,
- F02 - Ołępienie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej,
- F03 - Ołępienie bliżej nieokrełone,
- F04 - Organiczny zespół amnestyczny niewywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi,
- F 05 - Majaczenie niewywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi,
- F 06 - Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną,
- F 07 - Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu,
- F 09 - Nieokrełone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe.

Epidemiologia zaburzeń oznakowanych symbolami od F00 do F09, w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób

W opiece ambulatoryjnej w związku z wystąpieniem zaburzeń organicznych w 1999 roku leczyło się ponad 90 tysięcy pacjentów, a 2008 roku liczba ta wzrosła do 190 tysięcy. Współczynnik chorobowości i zapadalności w latach 1999, 2006 i 2008 roku przedstawia Tabela 3. Liczba osób hospitalizowanych w okresie pomiędzy 1999 a 2008 rokiem również uległa zwiększeniu z 18 500 do prawie 30 000 tysięcy.⁵⁸

Tab.3 Zaburzenia organiczne w opiece ambulatoryjnej, wskaźnik na 100 tys. ludności.

Mienniki ilościowe	1999 rok	2006 rok	2008 rok
Współczynnik rozpowszechnienia	238	502	502
Współczynnik zapadalności	67	111	101

Źródło: *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 37

⁵⁸ *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 37

Rozdział III - Zasoby opieki psychiatrycznej w województwie podlaskim.

Opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi i leczenie uzależnień sprawowana jest w następujących warunkach:

- **stacjonarnych:**
 - a) na oddziałach psychiatrycznych;
 - b) na oddziałach leczenia uzależnień;
- **oddziału/ośrodka dziennego:**
 - a) psychiatrycznego;
 - b) leczenia uzależnień;
- **ambulatoryjnych:**
 - a) w poradni psychiatrycznej i zespołach leczenia środowiskowego;
 - b) w poradni leczenia uzależnień.

1. Psychiatryczna opieka stacjonarna

Leczenie w oddziałach psychiatrycznych realizowane jest w następujących zakresach świadczeń:

- w oddziale psychiatrycznym dla dorosłych,
- w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży,
- w oddziale psychiatrycznym dla chorych somatycznie,
- w oddziale psychiatrycznym dla przewlekle chorych,
- w oddziale psychogeriatrycznym,
- w oddziale rehabilitacji psychiatrycznej,
- w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych,
- w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży,
- w oddziale psychiatrii sądowej,
- w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu,
- w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży,
- w zakładzie/oddziale opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym,
- w zakładzie/oddziale opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży,

- w zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym psychiatrycznym,
- w zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży,
- w hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- w opiece domowej/rodzinnej.

Lecznictwo szpitalne w 2009 roku dysponowało 31 800 łózkami, z czego 56% zlokalizowanych było w oddziałach całodobowych szpitali psychiatrycznych, 20% w szpitalach ogólnych, 11% w samodzielnych ośrodkach dla uzależnionych, a także 13% w zakładach opiekuńczych.⁵⁹

Zgodnie z danymi GUS (za 2009 rok) na terenie województwa podlaskiego w zakładach stacjonarnej opieki psychiatrycznej leczyło się łącznie 11 321 osób. Średni pobyt chorego wyniósł 29,6 dnia.⁶⁰ W związku z brakiem dziecięcego oddziału psychiatrycznego dzieci do lat 18 kierowane były do ośrodków w innych województwach.

Na terenie województwa podlaskiego w 2011 roku funkcjonowały 2 zakłady psychiatryczne z liczbą łóżek rzeczywistych 961; 5 szpitali ogólnych, w strukturach których znajdowały się 4 oddziały psychiatryczne z liczbą łóżek rzeczywistych 161 oraz 40 miejsc pobytu dziennego, w tym 15 miejsc na dziennym oddziale Terapii Uzależnień. Ponadto funkcjonowały: 1 Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień, 1 zakład opiekuńczo-leczniczy oraz 2 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne⁶¹, NZOZ „MONAR” ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny w Zaczerlanach, NZOZ Stacja Opieki Caritas Archidiecezji Białostockiej w Czarnej Białostockiej⁶².

Problemem w zakresie stacjonarnej opieki psychiatrycznej jest brak oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży. Sytuacja ta spowodowana jest brakiem możliwości kadrowych, organizacyjnych i lokalowych w działających na terenie województwa podlaskiego podmiotach leczniczych.

W ośrodku leczenia uzależnień od alkoholu oraz w 30-łóżkowym ośrodku rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych liczba leczonych w 2009 r. wyniosła odpowiednio 212 i 51, przy średnim pobycie chorego 40,7 i 142,5 dnia.⁶³ Ponadto 89 osób przebywało w Ośrodku MONARU dysponującym 36 łózkami. Średni pobyt chorego wyniósł 148,1 dnia.

⁵⁹ *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 8

⁶⁰ *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, s. 167

⁶¹ *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, s. 167-168

⁶² *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 34.

⁶³ *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, s. 167-168

1.1 Szpitale psychiatryczne

Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy

Szpital w strukturze posiada 285 łóżek w oddziałach ogólnopsychiatrycznych, 60 łóżek w oddziale psychogeriatrycznym, 40 łóżek dla chorych psychicznie z chorobami somatycznymi, 30 łóżek w oddziale nerwic, 220 łóżek w oddziałach psychiatrii sądowej (o podstawowym wzmocnieniu, o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu z pododdziałem dla sprawców przestępstw seksualnych), a także 147 łóżek w oddziałach dla osób uzależnionych.

W strukturze jednostki funkcjonują 3 oddziały dzienne z 68 miejscami dziennymi:

- 1) Oddział Dzienny dla Chorych z Zaburzeniami Psychicznymi (23 miejsca),
- 2) Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dorosłych (20 miejsc),
- 3) Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu (20 miejsc),

2 Poradnie:

- 1) Zdrowia Psychicznego,
- 2) Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia,

oraz

- 1) Oddział Opieki Domowej (25 łóżek),
- 2) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy z Rehabilitacją Psychiatryczną (54 łóżka).

Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach

Szpital w strukturze posiada 70 łóżek w Oddziale Ogólnopsychiatrycznym, 60 łóżek w Oddziale Psychiatrycznym Sprofilowanym (oddział psychosomatyczny (internistyczno-psychiatryczny) – pododdział z odcinkiem geriatrycznym oraz 15 miejsc w pododdziale dziennym psychiatrycznym geriatrycznym), 71 łóżek w Oddziale Leczenia Uzależnień i Zaburzeń Emocjonalnych. W strukturze jednostki funkcjonuje Oddział Dzienny Psychiatryczno-Rehabilitacyjny (16 miejsc) oraz Poradnie:

- 1) Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych,
- 2) Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży,
- 3) Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu,

- 4) Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych,
- 5) Psychologiczna.

W strukturze jednostki funkcjonują również: Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego) i Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny - 25 miejsc.

1.2 Szpitale z oddziałami psychiatrycznymi

Szpital Wojewódzki im. S. K. Wyszyńskiego w Łomży

Szpital w strukturze posiada 41 łóżkowy Oddział Psychiatryczny, Psychiatryczny Oddział Dziennego Pobytu z 25 miejscami, 1 Poradnię Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych, Ponadto zakład dysponuje Zespołem Leczenia Środowiskowego o profilu psychiatrycznym.

Szpital Ogólny w Grajewie

Szpital w strukturze posiada Oddział Psychiatryczny z Izbą Przyjęć (30 łóżek) oraz 1 Poradnię Zdrowia Psychicznego.

Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce

Szpital w strukturze posiada Oddział Psychiatryczny z Izbą Przyjęć (60 łóżek) oraz 2 Poradnie:

- 1) Zdrowia Psychicznego,
- 2) Leczenia Uzależnień,

Ponadto funkcjonuje Zespół Leczenia Środowiskowego (w zakresie leczenia uzależnień).

Szpital Ogólny w Kolnie

Szpital w strukturze posiada Oddział Psychiatryczny Ogólny (30 łóżek) oraz 2 Poradnie:

- 1) Zdrowia Psychicznego,
- 2) Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnień.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim

Szpital posiada Dzienny Oddział Terapii Uzależnień (15 miejsc) oraz 2 Poradnie:

1. Zdrowia Psychicznego,
2. Terapii Uzależnień od Alkoholu.

1.3 Opieka długoterminowa o profilu psychiatrycznym

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy z Rehabilitacją Psychiatryczną działający w strukturach SP Psychiatrycznego ZOZ w Choroszczy

Zakład dysponuje 54 miejscami. Do placówki przyjmowani są wyłącznie pacjenci z diagnozą: schizofrenia paranoidalna, hebefreniczna, katatoniczna bez ostrych objawów, nieodróżniana, rezydualna, prosta, nieokreślona, depresja postschizofreniczna bez tendencji samobójczych. W zakładzie stosuje się techniki psychoterapeutyczne w formie oddziaływań psychospołecznych, które mają na celu korektę zaburzeń zachowania i przeżywania oraz usunięcie objawów psychotycznych (leczenie farmakologiczne).⁶⁴

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny w Specjalistycznym Psychiatrycznym SP ZOZ w Suwałkach

Do dyspozycji pacjentów, zarówno kobiet jak i mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi w różnych stopniach niepełnosprawności umysłowej, psychicznej, fizycznej, przygotowanych jest 25 miejsc dla osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne NFZ oraz 15 miejsc dla osób nieubezpieczonych. Zadaniem zakładu jest m.in.: objęcie całodobową opieką osób z chorobą psychiczną, które mają ukończony proces diagnozowania i intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają dalszej hospitalizacji, a jednocześnie nie kwalifikują się do wypisu. W zakładzie kontynuowane jest leczenie farmakologiczne i rehabilitacja pacjentów poprzez psychoterapię i terapię zajęciową. Działania te mają na celu zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia.⁶⁵

⁶⁴Regulamin Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z rehabilitacją psychiatryczną w Choroszczy

⁶⁵Regulamin Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego Psychiatrycznego w Specjalistycznym SP ZOZ w Suwałkach

Samodzielny Publiczny Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Krynkach

Celem działalności zakładu jest kontynuacja leczenia, pielęgnacja chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach. Na potrzeby pacjentów i ich rodzin prowadzona jest działalność edukacyjna w zakresie samoopieki. Zakład dysponuje 20 miejscami na Oddziale Pielęgnacyjno – Psychiatrycznym.

1.4 Ośrodek leczenia odwykowego alkoholowego

Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży

Ośrodek posiada 24 łóżek w Oddziale Uzależnień, 1 Oddział Dzienny Terapii Uzależnień z 12 miejscami oraz 4 Poradnie:

- 1) Uzależnień,
- 2) Współuzależnień,
- 3) dla Uzależnionych od Środków Psychoaktywnych,
- 4) Uzależnień (w Zambrowie).

1.5 Zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek i psychologów w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w województwie podlaskim.

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące zatrudnienia personelu w ramach opieki stacjonarnej ogółem w 2010 roku. Ponadto wyszczególniono zatrudnienie na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Tab.4 Zatrudnienie w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej w województwie podlaskim w 2010 r.

Zakład	Lekarze ogółem	w tym:		Pielęgniarki	Psycholodzy	Specjaliści i instruktorzy uzależnień	Pracownicy socjalni	Terapeuci zajęciowi
		psychiatrzy I st.	psychiatrzy II st.					
Ogółem*	82	23	55	304	45	47	8	28

*Zatrudnieni na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 35.

Tab.5 Zatrudnienie lekarzy i pielęgniarek na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych województwa podlaskiego w 2010 roku.

Zatrudnieni bez względu na rodzaj umowy	
Liczba lekarzy	Liczba pielęgniarek
21	54

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 35.

Tab.6 Zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek i psychologów w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych województwa podlaskiego w 2010 roku.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne	Liczba lekarzy	Liczba pielęgniarek	Liczba psychologów
Ogółem*	2	22	2

*zatrudnieni bez względu na rodzaj umowy.

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 35.

2. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w województwie podlaskim

W ramach opieki ambulatoryjnej funkcjonują poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży i dorosłych, poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz poradnie psychologiczne.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna polega na udzielaniu przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Świadczeniodawca jest zobowiązany, w ramach świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, zapewnić pacjentom: niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki oraz wyroby medyczne (w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze), świadczenia terapeutyczne i rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.⁶⁶

W 2009 roku ambulatoryjne lecznictwo psychiatryczne w Polsce obejmowało 1 109 poradni zdrowia psychicznego, z czego 68,6% czynnych 5-6 dni w tygodniu. W ciągu roku ze świadczeń w ramach poradni skorzystało 1 451 106 osób.⁶⁷

W ramach specjalistycznej psychiatrycznej lekarskiej opieki zdrowotnej w województwie podlaskim udzielono 151 500 porad, w tym 6 900 dzieciom i młodzieży do lat 18 a 18 100 kobietom.⁶⁸

Dane dotyczące liczby placówek w zakresie ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej przedstawiają Tabele nr 6 i 7.

Tab.7 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – liczba poradni w latach 2008-2009 w Polsce.

Lp.	Rodzaj poradni	2008	2009
1.	Poradnia zdrowia psychicznego	1043	1109
2.	Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	173	178
3.	Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	457	471
4.	Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	101	104
5.	Poradnie psychologiczne	244	262

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika statystycznego 2009, Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej, Instytut Psychiatrii i Neurologii

⁶⁶ www.nfz-krakow.p

⁶⁷ *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej, Rocznik statystyczny 2009, Część I, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, s.24.*

⁶⁸ *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r., GUS, Warszawa 2010, s. 133*

Tab.8 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – liczba poradni w latach 2008-2009 w województwie podlaskim.

Lp.	Rodzaj poradni	2008	2009
1.	Poradnia zdrowia psychicznego	26	35
2.	Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	6	7
3.	Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	17	16
4.	Poradnia terapii od substancji psychoaktywnych	3	3
5.	Poradnie psychologiczne	0	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika statystycznego 2009, *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii

W 2010 roku na terenie województwa podlaskiego działało 61 poradni: 27 publicznych i 34 niepubliczne. Najwięcej poradni skupionych jest na terenie powiatu białostockiego oraz w mieście Białystok. Rozmieszczenie poradni według powiatów przedstawia Tabela nr 9.

Tab.9 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w województwie podlaskim wg powiatów - stan na 31.12.2010 r.

Powiaty	Liczba poradni	Publiczne	Niepubliczne
Ogółem:	61	27	34
M. Białystok i powiat	26	6	20
M. Łomża i powiat	7	3	4
M. Suwałki i powiat	6	4	2
Augustowski	4	-	4
Bielski	2	2	-
Grajewski	1	1	-
Hajnowski	2	2	-
Kolneński	2	2	-
Moniecki	1	1	-
Sejneński	1	1	-
Siemiatycki	2	2	-
Sokółski	4	2	2
Wysokomazowiecki	1	-	1
Zambrowski	2	1	1

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 5.

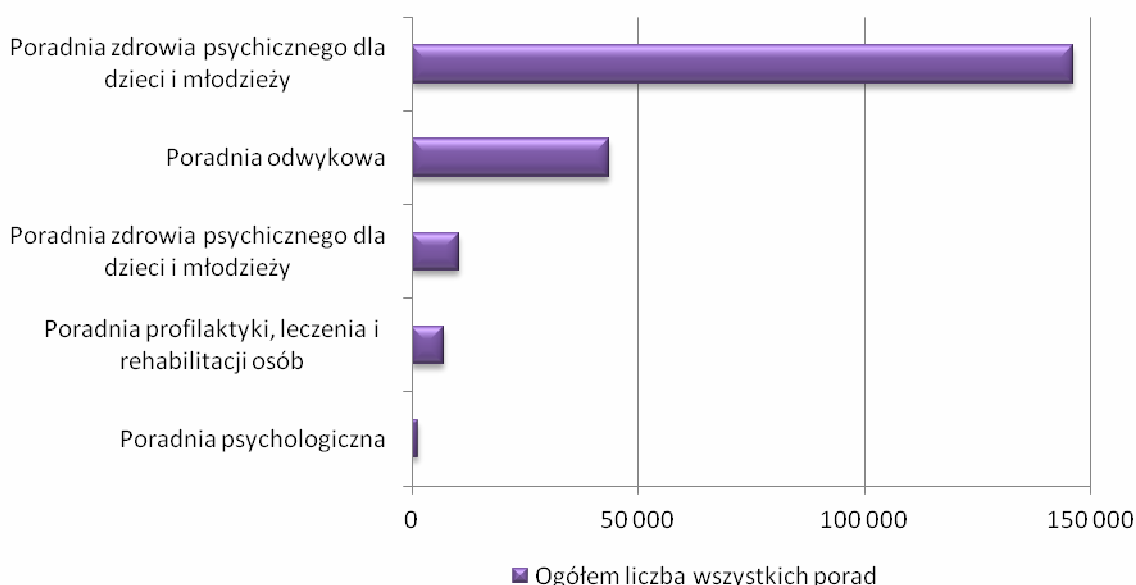
Na terenie województwa podlaskiego najwięcej jest poradni zdrowia psychicznego – 12 publicznych i 34 niepubliczne (dane za 2010 rok). Około 79 % wszystkich poradni psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej przyjmowało pacjentów 5-6 dni w tygodniu.

Tab.10 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna w województwie podlaskim wg rodzajów poradni i czasu ich funkcjonowania - stan na 31.12.2010 r.

Wyszczególnienie	Liczba poradni						
	Ogółem publiczne	Ogółem niepubliczne	czynnych w tygodniu				
			1 dzień	2 dni	3 dni	4 dni	5-6 dni
Ogółem	27	34	0	2	9	2	48
Poradnia zdrowia psychicznego	12	22	0	1	5	2	26
Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	3	4	0	0	3	0	4
Poradnia odwykowa	10	5	0	0	1	0	14
Poradnia profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	2	1	0	0	0	0	3
Poradnia psychologiczna	0	2	0	1	0	0	1

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 5.

Ryc.2 Porady udzielane w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie podlaskim w 2010 r.



Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 12.

W 2010 roku w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie podlaskim udzielono 208 799 porad, z czego 139 839 stanowiły porady lekarskie a 68 960 porady psychologa lub innego terapeuty.

Większość porad - 70% udzielono w poradniach zdrowia psychicznego, 21% w poradniach odwykowych, 9% stanowiły porady udzielone w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradniach profilaktyki leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz w poradniach psychologicznych.

Zgodnie z Tabelą nr 11 w 2010 roku leczonych ogółem w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej ogółem leczonych było 36 438 osób, w tym 14 689 stanowili mężczyźni a 21 749 kobiety. Największa liczba pacjentów korzystała z usług świadczonych przez poradnie zdrowia psychicznego.

Tab.11 Leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej wg płci w województwie podlaskim w 2010 r.

Wyszczególnienie	Leczeni ogółem	w tym:		Leczeni po raz pierwszy	w tym:	
		mężczyźni	kobiety		mężczyźni	kobiety
Ogółem:	36 438	14 689	21 749	9 393	3 793	5 600
Poradnia zdrowia psychicznego	33 730	13 023	20 707	8 038	3 033	5 005
Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	2 211	1 480	731	1 012	630	382
Poradnia odwykowa	0	0	0	0	0	0
Poradnia profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	485	178	307	343	130	213
Poradnia psychologiczna	12	8	4	0	0	0

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 13.

W 2010 roku w województwie podlaskim z powodu zaburzeń psychicznych związanych z używaniem środków psychoaktywnych leczonych było 450 osób. Po raz pierwszy leczyło się 214 osób, w tym 150 mężczyzn i 64 kobiety (Tabela nr 12). W tym samym okresie leczono 6 833 pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi uzależnieniem od alkoholu, sytuację tą przedstawia Tabela nr 13.

Tab.12 Leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej wg płci w województwie podlaskim w 2010 r.

Wyszczególnienie	Leczeni ogółem	w tym:		Leczeni po raz pierwszy	w tym:	
		mężczyźni	kobiety		mężczyźni	kobiety
Ogółem:	450	318	132	214	150	64
Poradnia zdrowia psychicznego	102	59	43	32	24	8
Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	0	0	0	0	0	0
Poradnia odwykowa	0	0	0	0	0	0
Poradnia profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	348	259	89	182	126	56

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 19.

Tab.13 Leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi uzależnieniem od alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie podlaskim w 2010 r.

Wyszczególnienie	Leczeni ogółem	w tym:		Leczeni po raz pierwszy	w tym:	
		mężczyźni	kobiety		mężczyźni	kobiety
Ogółem:	6 833	5 785	1 048	2 488	1 991	497
Poradnia zdrowia psychicznego	315	259	56	77	66	11
Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	0	0	0	0	0	0
Poradnia odwykowa	6 518	5 526	992	2 411	1 925	486
Poradnia profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0	0	0	0	0	0

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 24.

W opisywanym okresie z powodu zaburzeń psychicznych wynikających z nadużywania alkoholu 85% pacjentów leczonych było w związku z wystąpieniem zespołu uzależnienia. Największą liczbę leczonych z powodu zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu odnotowano w grupie wiekowej 30-64.

Tab.14 Leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi uzależnieniem od alkoholu w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie podlaskim w 2010 r.

Wyszczególnienie		Leczeni ogółem	w tym: leczeni ogółem w wieku lat				Leczeni po raz pierwszy w życiu ogółem	w tym: leczeni po raz pierwszy w życiu w wieku lat				zobowiązani do leczenia
			0-18	19-29	30-64	65 i więcej		0-18	19-29	30-64	65 i więcej	
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi związanymi z alkoholem		6 833	12	851	5 658	312	2 488	9	441	1 936	102	2 303
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu	ostre zatrucie	135	1	53	64	17	39	1	13	17	8	2
	używanie szkodliwe	510	7	146	343	14	333	4	95	224	10	56
	zespół uzależnienia	5 785	2	619	4 914	250	2 008	2	316	1 612	78	2 226
	zespół abstynencyjny bez majaczenia	213	0	22	177	14	93	0	14	74	5	17
	zespół abstynencyjny z majaczeniem	16	0	0	16	0	3	0	0	3	0	0
	Zaburzenia psychotyczne bez majaczenia	19	0	3	15	1	2	0	1	1	0	0
	zespół amnestyczny	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1
	inne zaburzenia psychiczne	153	2	8	127	16	10	2	2	5	1	1

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 26.

Ponadto w ramach opieki ambulatoryjnej w 2010 roku Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr S. Deresza w Choroszczy utworzył Centrum Zdrowia Psychicznego.

Struktura organizacyjna Centrum jest następująca:

- 1) Zespół ambulatoryjny – tworzą dwie poradnie zdrowia psychicznego, w tym punkt interwencji kryzysowych, w którym realizowane są porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarские oraz interwencje socjalne.
- 2) Zespół dzienny – dwa oddziały dzienne (o profilu psychiatrycznym i leczenia uzależnień).
- 3) Zespół leczenia środowiskowego – realizujący wizyty domowe, terapię indywidualną i grupową, pracę z rodziną, trening umiejętności, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne.

Poniższa tabela ilustruje zatrudnienie lekarzy, w tym psychiatrów, pielęgniarek, psychologów, specjalistów terapii uzależnień, instruktorów terapii uzależnień, terapeutów zajęciowych, pracowników socjalnych, innych terapeutów.

Tab.15 Personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie podlaskim w 2010 r

Wyszczególnienie	Udzielający świadczeń ogółem (w osobach, stan w dniu 31.12.2010 r.)									
	Lekarze	w tym psychiatry		Pielęgniarki	psycholodzy	specjaliści terapii uzależnień	Instruktorzy terapii uzależnień	terapeuci zajęciowi	Pracownicy socjalni	inni terapeuci
		I st.	II st.							
Ogółem	143	31	106	47	97	56	13	7	22	15
Poradnia zdrowia psychicznego	102	21	78	31	59	0	0	2	13	6
Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	8	1	7	3	16	0	0	3	1	5
Poradnia odwykowa	25	8	15	13	14	43	11	0	5	0
Poradnia profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	7	0	6	0	3	13	2	2	2	2
Poradnia psychologiczna	1	1	0	0	5	0	0	0	1	2

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 26.

3. Formy pośrednie opieki psychiatrycznej (środowiskowe)

Od kilku lat obserwować można zmiany w systemie organizacyjnym opieki psychiatrycznej przejawiające się rozwojem różnego rodzaju form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, co wpisuje się w model psychiatrii środowiskowej.⁶⁹

⁶⁹ W. A. Brodniak, S. Welbel, *Środowiskowe domy samopomocy na tle systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2000-2002*”, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2003: 12 (4): s. 393.

W 1957 roku w Wielkiej Brytanii po raz pierwszy pojawiła się definicja psychiatrii środowiskowej. Od tamtej chwili podlegała ona ciągłym zmianom, a jej znaczenie interpretowane było następująco: środowiskowa psychiatryczna opieka zdrowotna sprawowana jest poza dużymi instytucjami, są to profesjonalne usługi świadczone poza szpitalami. Opieka sprawowana jest w ramach społeczności i ma na celu umożliwić funkcjonowanie w życiu codziennym. Zgodnie z definicją G.Thornicrift'a i M. Tanasell'i z 1999 roku „Psychiatryczna opieka zdrowotna osadzona w społeczności polega na świadczeniu pełnego zakresu skutecznej opieki psychiatrycznej dla określonej populacji, jest poświęcona leczeniu i pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, proporcjonalnie do ich cierpienia lub trudnej sytuacji, we współpracy z innymi organami lokalnymi”.⁷⁰

W przebiegu choroby psychicznej duże znaczenie mają postawy najbliższego otoczenia. Bardzo istotną kwestią jest wsparcie ze strony rodziny. Należy jednak pamiętać, iż rodzina nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb społecznych osoby chorej.

Zgodnie z nowoczesnym podejściem do opieki psychiatrycznej, opieka szpitalna powinna ograniczać się do leczenia przypadków ostrego okresu psychotycznego, a pozostałe leczenie oferowane jest, w największym możliwym zakresie, w naturalnym środowisku społecznym - na poziomie opieki środowiskowej.⁷¹

Założenia funkcjonowania psychiatrii środowiskowej realizowane są poprzez działalność form pośrednich, tj.:

- oddziałów dziennych,
- zespołów leczenia środowiskowego,
- ośrodków wsparcia: środowiskowych domów samopomocy, klubów samopomocy,
- domów pomocy społecznej,
- warsztatów terapii zajęciowej,
- zakwaterowania chronionego,
- hosteli,
- ośrodków interwencji kryzysowej.⁷²

⁷⁰ G. Thornicroft, M. Tansella, *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, s. 20-21.

⁷¹ J. Meder, T. Stańczak, *Chory psychicznie w podstawowej opiece zdrowotnej*, Gabinet Prywatny nr 1/2003, s. 36.

⁷² W. A. Brodniak, S. Welbel, *Środowiskowe domy samopomocy na tle systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2000-2002*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2003: 12 (4): s. 394.

Oddział dzienny

Świadczenia udzielane w ramach oddziałów dziennych, z których pacjenci mogą korzystać 5 dni w tygodniu (dni robocze), kierowane są do: osób z zaburzeniami psychicznymi bez wskazań do leczenia całodobowego; pacjentów po pobycie w szpitalu w celu kontynuacji leczenia oraz pacjentów, u których leczenie ambulatoryjne nie przyniosło oczekiwanych efektów.⁷³

Pacjenci mogą korzystać z różnych form oddziaływań terapeutycznych np. farmakoterapii czy psychoterapii, istnieje możliwość skorzystania z zajęć grupowych, rozmów indywidualnych, terapii zajęciowej, treningu umiejętności życiowych, czy zajęć psychoedukacyjnych.⁷⁴

W 2009 roku w Polsce pacjenci mogli korzystać ze świadczeń oferowanych przez 259 oddziałów dziennych tworzących 5 688 miejsc, z czego 3 041 to miejsca w oddziałach psychiatrycznych. Szczegółowy profil oddziałów dziennych przedstawia Tabela nr 16.

Tab.16 Oddziały dzienne z uwzględnieniem profilu działalności w Polsce.

Lp.	Profil oddziału dziennego	Liczba oddziałów dziennych	Liczba miejsc w oddziałach dziennych
1.	Oddziały psychiatryczne	131	3041
2.	Oddziały dla uzależnionych od alkoholu	70	1089
3.	Oddział dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	14	311
4.	Oddział dla chorych na nerwice	15	482
5.	Oddział dla chorych psychicznie i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży	27	720
6.	Oddziały opiekuńczo-lecznicze	2	45

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika statystycznego 2009 „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej” Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Z usług oferowanych przez oddziały dzienne w 2009 roku skorzystało 24 037 pacjentów. Struktura rozpoznań przedstawiała się następująco:

- 28% - zaburzenia związane z używaniem alkoholu,
- 17% - zaburzenia nerwicowe,

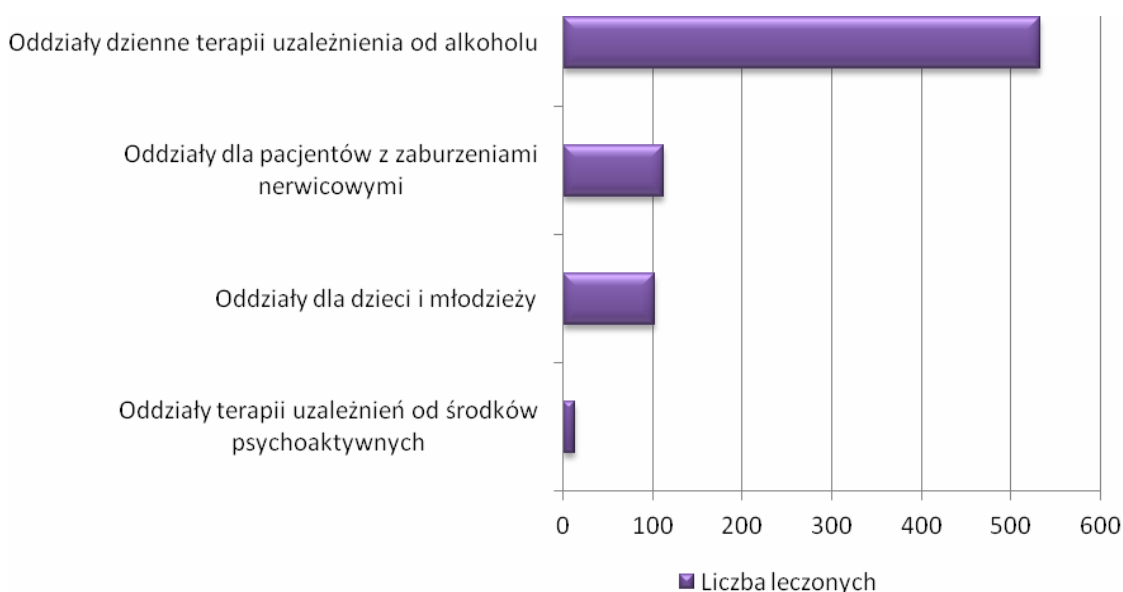
⁷³ <http://www.szpital.netus.pl/index.php/oddzialy/169-oddzial-dzienny-psychiatryczny>

⁷⁴ http://www.psychiatria.bielsko.pl/oddzial_psychiatryczny_olszowka.html

- 15% - schizofrenia,
- 12% - zaburzenia afektywne,
- 9% - zaburzenia organiczne,
- 4% - schizotypowe oraz urojeniowe,
- 4% - zaburzenia związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych.⁷⁵

Na obszarze województwa podlaskiego w 2010 roku w ramach oddziałów dziennych funkcjonowały 202 miejsca, w których leczono 1 547 pacjentów. Największa liczba pacjentów korzystała ze świadczeń w ramach oddziałów dziennych terapii uzależnienia od alkoholu (Rycina nr 3). Dane dotyczące rozmieszczenia oddziałów dziennych w podziale na powiaty przedstawia Tabela nr 17.

Ryc.3 Liczba leczonych w oddziałach dziennych w 2010 r. w województwie podlaskim.



Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 29.

⁷⁵ *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej*, Rocznik statystyczny 2009, Część I, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, s.24.

Tab.17 Liczba oddziałów dziennych i liczba zespołów leczenia środowiskowego w województwie podlaskim wg powiatów w 2010 r.

Powiaty	Liczba oddziałów dziennych	Liczba zespołów leczenia środowiskowego
Ogółem	13	6
M. Białystok i powiat	7	2
M. Łomża i powiat	3	2
M. Suwałki i powiat	2	2
Augustowski	-	-
Bielski	1	-
Grajewski	-	-
Hajnowski	-	-
Kolneński	-	-
Moniecki	-	-
Sejneński	-	-
Siemiatycki	-	-
Sokółski	-	-
Wysokomazowiecki	-	-
Zambrowski	-	-

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 28.

Zespół Leczenia Środowiskowego

Zespół leczenia środowiskowego (ZLŚ), zwany też zespołem leczenia domowego jest formą terapii adresowanej do osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych. Do głównych zadań ZLŚ zalicza się pomoc i wsparcie psychiczne, przeciwdziałanie nawrotom choroby, a tym samym uniknięcie ponownej hospitalizacji, pomoc w uzyskiwaniu świadczeń socjalnych. Dominującą formą kontaktu z chorym są wizyty domowe. Oferowane są również różnego rodzaju aktywne zajęcia w siedzibie zespołu. W ramach ZLŚ prowadzone są także programy pomocy rodzinie.⁷⁶

Zarówno w krajach Europy zachodniej jak i w Stanach Zjednoczonych Ameryki zespoły leczenia środowiskowego są dobrze rozwiniętą i jedną z tańszych form opieki pozaszpitalnej. W latach dziewięćdziesiątych w całej Polsce funkcjonowało zaledwie 16 ZLŚ.⁷⁷ Z biegiem lat liczba tychże zakładów powiększała się i tak w 2009 roku pacjenci mogli korzystać ze świadczeń zdrowotnych oferowanych przez 45 Zespołów.

Rozmieszczenie ZLŚ według województw jest następujące: województwo mazowieckie – 10, województwo podlaskie – 6, województwo małopolskie – 6, województwa: kujawsko-pomorskie, lubelskie, łódzkie – po 3, województwa lubuskie,

⁷⁶ www.psych.edu.pl

⁷⁷ E. Słupczyńska-Kossobudzka, L. Boguszewska, S. Wójtowicz, *Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katamneza dwuletnia*. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2001, 10, s. 290.

podkarpackie, pomorskie - po 2. Opisywana forma opieki nie funkcjonuje w województwie zachodniopomorskim. Każde z pozostałych 7 województw w 2009 roku dysponowało 1 ZLŚ.

W 2009 roku ogółem w kraju ze świadczeń dostępnych w ramach Zespołów skorzystało 6 157 pacjentów. Struktura rozpoznań przedstawiała się następująco:

- 38% pacjentów leczonych z powodu schizofrenii,
- 31% - z powodu zaburzeń organicznych,
- 16% - z powodu zaburzeń afektywnych,
- 8% - z powodu zaburzeń schizotypowych i urojeniowych,
- 2% - z powodu zaburzeń nerwicowych.⁷⁸

W zespołach leczenia środowiskowego w 2010 roku na terenie województwa podlaskiego leczonych było 547 osób (272 mężczyzn i 275 kobiet). Pacjenci będący w przedziale wiekowym pomiędzy 30 a 64 rokiem życia stanowili najliczniejszą grupę spośród korzystających z usług ZLŚ. Najczęstszym zaburzeniem występującym u pacjentów ZLŚ była schizofrenia, którą zdiagnozowano u 73% leczonych (Tabela nr 17). Liczbę ZLŚ oraz zatrudnienie ogółem przedstawia Tabela nr 18.

Tab.18 Leczeni ogółem i po raz pierwszy w zespołach leczenia środowiskowego w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie podlaskim w 2010 r.

Wyszczególnienie		Leczeni		w tym: leczeni ogółem w wieku lat			
		ogółem	w tym: mężczyźni	0-18	19-29	30-64	65 i więcej
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi		547	272	0	106	408	33
w tym	mężczyźni	272	272	0	70	184	18
	osoby zamieszkałe na wsi	117	55	0	6	103	8
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09)		47	25	0	6	29	12
zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (F10)		1	1	0	0	1	0
zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19)		2	2	0	2	0	0
schizofrenia (F20)		398	218	0	83	300	15
inne zaburzenia psychotyczne i urojeniowe /bez afektywnych i schizofrenii/ (F21-F29)		52	12	0	8	40	4
zaburzenia nastroju /afektywne/ (F30-F39)		45	13	0	5	38	2
zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40-F48)		2	1	0	2	0	0
zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59)		0	0	0	0	0	0
inne		0	0	0	0	0	0

Źródło: na podstawie opracowania: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 32-33.

⁷⁸ *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej*, Rocznik statystyczny 2009, Część I, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, s.10.

Tab.19 Liczba zespołów leczenia środowiskowego i personel działalności podstawowej w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie podlaskim w 2010 r.

Wyszczególnienie	Liczba zespołów	Zatrudnieni ogółem (w osobach) na podstawie umowy o pracę lub w ramach umowy cywilnoprawnej						
		lekarze razem	w tym		pielęgniarki	psycholodzy	pracownicy socjalni	inni terapeuci
			Psychiatrzy I st.	Psychiatrzy II st.				
Ogółem	6	19	2	17	12	15	6	4

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 30.

Tab.20 Działalność zespołów leczenia środowiskowego w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie podlaskim w 2010 r.

Wyszczególnienie	Liczba wizyt ogółem	w tym:	
		liczba wizyt w środowisku chorego	liczba wizyt w zespole
Lekarze	8 111	2 558	5 553
Pielęgniarki	6 679	4 783	1 896
Psycholodzy	1 838	1 291	547
Inni terapeuci	2 539	2 450	89
Pracownicy socjalni	495	461	34
Razem:	19 662	11 543	8 119

Źródło: *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011, s. 30.

Ośrodki wsparcia - środowiskowy dom samopomocy i klub samopomocy

Środowiskowe domy samopomocy i kluby samopomocy funkcjonują w oparciu o następujące podstawy prawne: ustawę z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.) oraz ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011, Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.). Są to ośrodki świadczące usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Ośrodki mogą świadczyć również usługi całodobowe.

Wyróżnia się następujące typy środowiskowych domów samopomocy:

- typ A – dla osób przewlekłe psychicznie chorych,
- typ B – dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (upośledzonych umysłowo, niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim, umiarkowanym i lekkim),
- typ AB – dla obu kategorii wyżej wymienionych osób. Użytkownikom domów tego typu organizuje się inne programy wspierająco-rehabilitacyjne.

Najwięcej jest domów typu AB. Stanowią one 65% wszystkich środowiskowych domów samopomocy na terenie naszego kraju.

W strukturze środowiskowego domu samopomocy funkcjonują różnego rodzaju pracownie np. gospodarstwa domowego, muzykoterapii, umiejętności społecznych i osobistych itp.

Domy pomocy społecznej dla osób z chorobami psychicznymi

Funkcjonowanie domów pomocy społecznej (DPS) reguluje ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593) oraz rozporządzenie ministra polityki społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217, poz. 1837). Są to jednostki organizacyjne pomocy społecznej, których działalność skierowana jest na osoby wymagające całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę, niepełnosprawność (art. 54).⁷⁹

DPS świadczy usługi:

- Bytowe, polegające na zapewnieniu miejsca zamieszkania, wyżywienia, odzieży i obuwia, utrzymania czystości;
- Opiekuńcze, polegające na udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji, niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych;
- Wspomagające polegające na dostępie do terapii zajęciowej, umożliwiające zaspokajanie potrzeb religijnych, kulturalnych, nawiązywanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktu z rodziną i społecznością lokalną. Ponadto podejmowane są

⁷⁹ Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, Dz. U. Nr 64, poz. 539.

działania mające na celu usamodzielnianie się mieszkańca domu, w miarę jego możliwości (§5).⁸⁰

Usługi świadczone w ramach DPS kierowane są do:

- osób w podeszłym wieku;
- osób przewlekle somatycznie chorych;
- osób przewlekle psychicznie chorych;
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- osób niepełnosprawnych fizycznie (art. 56).⁸¹

W województwie podlaskim funkcjonuje 5 domów pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

- 1) DPS „Jawor” w Jałowie (85 miejsc).
- 2) DPS pod wezwaniem św. Franciszka z Asyżu w Tykocinie (48 miejsc).
- 3) DPS „Spokojna Przystań” w Garbarach (200 miejsc).
- 4) DPS Filia w Bobrowej (36 miejsc).
- 5) DPS w Choroszczy (286 miejsc).

Mieszkania chronione i ośrodki interwencji kryzysowej

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593) prowadzenie mieszkań chronionych oraz ośrodków interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatu.

Mieszkanie chronione przeznaczone jest w szczególności dla osób z zaburzeniami psychicznymi, opuszczających pieczę zastępczą w rozumieniu przepisów o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich. Ponadto użytkownikami tego typu jednostki organizacyjnej mogą być cudzoziemcy, którzy uzyskali w Polsce status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

Głównym celem opisywanej formy pomocy jest przygotowanie przez specjalistów, osób tam przebywających do samodzielnego życia i funkcjonowania w środowisku

⁸⁰ Rozporządzenie ministra polityki społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz. U. Nr 217, poz. 1837.

⁸¹ Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, Dz. U. Nr 64, poz. 539.

ze społecznością lokalną.⁸² Mieszkanie chronione stwarza warunki do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego, umożliwia poznanie sposobów radzenia sobie z problemami życia codziennego, uczy ponoszenia konsekwencji podejmowanych decyzji.⁸³

W ośrodku interwencji kryzysowej podejmowane są działania kierowane do osób i rodzin będących w stanie kryzysu mające na celu przywrócenie równowagi psychicznej. Dzięki tym działaniom zapobiega się przejściu reakcji kryzysowej w stan przewlekłej niewydolności psychospołecznej. Adekwatnie do potrzeb ośrodki oferują różne formy pomocy: konsultacje psychologiczne, psychiatryczne, interwencje w środowisku w nagłych wydarzeniach traumatycznych, porady socjalne, prawne, terapię indywidualną, grupy wsparcia.⁸⁴

⁸² <http://www.niepelnosprawni.pl>

⁸³ <http://www.mopr.lublin.pl>

⁸⁴ <http://www.wcpr.pl>

Rozdział IV – Osoby z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy.

1. Sytuacja na rynku pracy.

Zgodnie z zapisami ustawy osoby niepełnosprawne to takie, „których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej”. Osobę uznaje się za niepełnosprawną na podstawie orzeczenia, które określa:

- lekki, umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności,
- orzeczenia o rodzaju i stopniu niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 roku życia,
- orzeczenia o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy wydanego na podstawie odrębnych przepisów.⁸⁵

Rehabilitacja społeczno-zawodowa pacjentów chorych psychicznie jest procesem szczególnie trudnym. Poważnym problemem jest wyraźnie manifestujące się wykluczenie społeczne osób dotkniętych przez chorobę psychiczną. Jednocześnie należy podkreślić, że aktywność zawodowa w tym przypadku jest „najbardziej pożądanym wynikiem leczenia i rehabilitacji”, wpływa bowiem na obniżenie poziomu objawów chorobowych, skrócenie czasu hospitalizacji i poprawę funkcjonowania społecznego.⁸⁶

Istnieją cztery główne przyczyny wykluczenia zawodowego w/w osób:

- niewystarczająca liczba miejsc pracy przystosowanych do indywidualnych potrzeb beneficjentów,
- powszechne zjawisko stygmatyzacji i dyskryminacji,
- „długotrwała zależność od pasywnych form pomocy społecznej”,
- uzależnienie od rodziców.⁸⁷

⁸⁵ Działalność gospodarcza zakładów aktywności zawodowej zakładów pracy chronionej,
http://www.idn.org.pl/sonnszz/gospodarka_zaz.htm

⁸⁶ H. Kaszyński, *Bezrobocie – co robić. Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*,
http://www.fise.org.pl/files/1bezrobocie.org.pl/public/Raporty/HKaszynski_raport_dot_osob_chorych_psychicznie.pdf s. 4

⁸⁷ H. Kaszyński, *Bezrobocie – co robić. Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*,
http://www.fise.org.pl/files/1bezrobocie.org.pl/public/Raporty/HKaszynski_raport_dot_osob_chorych_psychicznie.pdf s. 6

W roku 2010 na terenie województwa podlaskiego powiatowe urzędy pracy zarejestrowały ogółem 4 213 osób niepełnosprawnych, z czego 749 poszukiwało pracy. Osoby z orzeczoną chorobą psychiczną stanowiły 13,6 % (573). Z danych Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku wynika, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi stanowią grupę, która dłużej niż pozostałe kategorie bezrobotnych poszukuje pracy, co niesie ze sobą ryzyko długotrwałego wykluczenia z rynku pracy. Należy zwrócić uwagę na fakt, że województwo podlaskie jest regionem, na obszarze którego poziom zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest najniższy. Do podstawowych przyczyn takiego stanu rzeczy zaliczyć można: brak wykwalifikowanych doradców zawodowych i specjalistów w zakresie zatrudniania osób niepełnosprawnych; niską świadomość społeczną na temat możliwości zawodowych osób niepełnosprawnych; ograniczony dostęp do informacji dotyczących korzyści i zasad ich zatrudniania.⁸⁸

2. Zakłady Aktywności Zawodowej.

Zadaniem samorządu województwa jest udzielanie, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dofinansowania kosztów tworzenia i działalności Zakładów Aktywności Zawodowej. Zadanie to na terenie województwa podlaskiego realizuje Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, który przyjmuje wnioski o dofinansowanie, a następnie przekazuje właściwemu staroście do zaopiniowania. Po uzyskaniu wszystkich wymaganych pozwoleń, organizator składa wniosek o przyznanie statusu zakładu aktywności zawodowej do Wojewody.⁸⁹

Zadania dotyczące wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi realizowane będą w ramach usług świadczonych przez WUP w Białymstoku, w szczególności poprzez akcje informacyjno-promocyjne, pomoc doradców zawodowych oraz tworzenie ZAZ.

Zakład Aktywności Zawodowej jest to wyodrębniona organizacyjnie i finansowo jednostka, którą może utworzyć powiat, gmina, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, posiadająca w swoim statucie zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej

⁸⁸ *Diagnoza sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy*, Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku opracowanie własne, 2011 r., s. 1-4

⁸⁹ *Pomoc finansowa ZAZ*, <http://www.up.podlasie.pl/index.php/strony/21974>

i społecznej osób niepełnosprawnych.⁹⁰ ZAZ działa w oparciu o ustawę z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2010 Nr 214, poz. 1407 z późn. zm.).⁹¹ Przepisy szczegółowe zawarte są w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2007 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. Nr 242 poz. 1776)

3. Zatrudnienie wspierane.

Zatrudnienie wspierane (socjalne) jest to forma wsparcia skierowana do osób mających szczególne trudność z wejściem, bądź powrotem na rynek pracy. Problem dotyczy m.in. osób z zaburzeniami psychicznymi. Polega na refundowaniu przez powiatowy urząd pracy części kosztów związanych z wynagrodzeniem oraz składkami ubezpieczeniowymi, które ponosi pracodawca. Z takiej pomocy może skorzystać osoba, która wcześniej przez co najmniej 6 miesięcy uczęszczała na zajęcia Centrum Integracji Społecznej bądź Klubu Integracji Społecznej. Ponadto uczestnicy CIS lub KIS mogą od starosty uzyskać dofinansowanie na założenie spółdzielni socjalnej. Szczegółowe zasady udzielania ww. wsparcia opisuje ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. 2011 Nr 43 poz. 225 z późn. zm.).

⁹⁰ *Działalność gospodarcza zakładów aktywności zawodowej zakładów pracy chronionej*, http://www.idn.org.pl/sonnszz/gospodarka_zaz.htm

⁹¹ *Pomoc finansowa ZAZ*, <http://www.up.podlasie.pl/index.php/strony/21974>

Rozdział V – Priorytety i cele Programu

Celem głównym Programu jest zdefiniowanie priorytetów działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w województwie podlaskim w latach 2013-2015.

Priorytety Programu:

- 1) Podnoszenie poziomu wiedzy na temat problemów i potrzeb w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.
- 2) Edukacja w zakresie zapobiegania chorobom psychicznym i zaburzeniom zachowania oraz dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 3) Współpraca z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego.
- 4) Informowanie o dostępnej pomocy psychiatrycznej, psychologicznej i środowiskowej.
- 5) Wspieranie zrównoważonego rozwoju różnych form opieki psychiatrycznej na terenie województwa podlaskiego.
- 6) Wsparcie organizacji pozarządowych w zakresie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzinom.
- 7) Prowadzenie działań w ramach rynku pracy wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi.
- 8) Koordynowanie działań realizowanych na terenie województwa podlaskiego w ramach Programu Regionalnego.
- 9) Podejmowanie działań na rzecz uruchomienia stacjonarnego oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży.

Priorytetowe działania będą realizowane w oparciu o zdefiniowane cele szczegółowe.

1. Podnoszenie poziomu wiedzy na temat problemów i potrzeb w zakresie ochrony zdrowia psychicznego

Priorytet realizowany będzie przez **Departament Zdrowia UMWP**.

Cel 1

Podnoszenie poziomu wiedzy osób zarządzających (decydentów).

Zadania

W ramach Celu 1 planuje się organizowanie spotkań/konferencji skierowanych do decydentów (Zarząd Województwa, Wojewoda, Komisja Zdrowia, Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, rektorzy uczelni wyższych, Kuratorium Oświaty, Policja, Prezesi Sądów Rodzinnych, media, przedstawiciele kościołów i związków wyznaniowych itd.), w trakcie których omawiane będą m.in. bieżące problemy dotyczące ochrony zdrowia psychicznego na terenie województwa podlaskiego.

Cel 2

Podnoszenie poziomu wiedzy wybranych grup społecznych.

Zadania

W ramach Celu 2 zaplanowano organizację konferencji/spotkań skierowanych do wybranych grup społecznych (np. pracodawców, studentów, nauczycieli szkolnych i akademickich, pracowników fundacji, stowarzyszeń i służb socjalnych), zadaniem których będzie edukacja w zakresie ochrony i promocji zdrowia psychicznego.

2. Edukacja w zakresie zapobiegania chorobom psychicznym i zaburzeniom zachowania oraz dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Priorytet realizowany będzie przez **Departament Zdrowia UMWP**.

Cel 1

Promowanie zdrowia psychicznego wśród wybranych grup społecznych.

Zadania

W ramach Celu 1 planuje się ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego na terenie województwa i opracowanie planu działań, które będą podejmowane w okresie realizacji Programu.

Cel 2

Kształtowanie postaw zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałanie dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania

Departament Zdrowia planuje realizację kampanii promujących integrację społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi. Celem kampanii będzie rozwianie mitów związanych ze zdrowiem psychicznym oraz przeciwstawianie się stereotypowemu, negatywnemu wizerunkowi osoby z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania.

Cel 3

Szkolenie wybranych grup zawodowych.

Zadania

W ramach celu realizowane będą projekty szkoleniowe dotyczące metod zapobiegania zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania. Duże projekty będą wymagały pozyskania dodatkowych, zewnętrznych źródeł finansowania (projekty ministerialne bądź finansowane ze środków Unii Europejskiej).

3. Współpraca z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego

Priorytet realizowany będzie przez **organizacje pożytku publicznego**.

Cel 1

Wspieranie działań prewencyjno-promocyjnych służących zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz ograniczaniu ich skutków w szczególności u dzieci i młodzieży.

Zadania

Działania znane są po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert na realizację zadań publicznych w ramach „Programu współpracy Województwa Podlaskiego z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie”.

Departament Zdrowia będzie realizował zadania publiczne w zakresie ochrony i promocji zdrowia oraz w zakresie działalności na rzecz rodziny, macierzyństwa, rodzicielstwa, upowszechniania praw dziecka. W pierwszym kwartale każdego roku ogłaszany jest konkurs na realizację zadań publicznych, w tym na zadanie „Działania prewencyjno-promocyjne służące zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz ograniczaniu ich skutków w szczególności u dzieci i młodzieży”. Szczegóły dotyczące realizacji wspomnianego priorytetu znane są po zakończeniu procedury konkursowej.

4. Informowanie o dostępnej pomocy psychiatrycznej, psychologicznej i środowiskowej.

Priorytet realizowany będzie przez **Departament Zdrowia UMWP**.

Cel 1

Opracowanie i rozpowszechnienie informatora o dostępnej na terenie województwa pomocy w zakresie opieki psychiatrycznej i psychologicznej.

Zadania

W ramach powyższego celu planuje się zebranie danych, opracowanie projektu informatora i zakresu informacji, które będą w nim zawarte. Ponadto ustalona zostanie forma, w jakiej informator będzie opublikowany.

Cel 2

Wspieranie działań na rzecz poprawy dostępu do informacji na temat środowiskowych form opieki (ośrodków wsparcia).

Zadania

W ramach celu zaplanowano współpracę i wymianę informacji pomiędzy samorządami terytorialnymi w kwestii możliwości oraz potrzeb tworzenia mieszkań chronionych, domów pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub podejmowanie innych działań mających na celu promowanie tworzenia powyższych form środowiskowych.

5. Wspieranie zrównoważonego rozwoju różnych form opieki psychiatrycznej na terenie województwa podlaskiego

Priorytet realizowany będzie przez **Departament Zdrowia UMWP**.

Cel 1

Optymalizacja rozmieszczenia centrów zdrowia psychicznego na terenie województwa.

Zadania

Zadaniem samorządu województwa w tym zakresie będzie uzgadnianie lokalizacji i obszarów działania centrów zdrowia psychicznego na terenie województwa podlaskiego.

Zgodnie z wytycznymi Centra Zdrowia Psychicznego mają na celu:

- 1) Poprawę jakości leczenia psychiatrycznego (poprawę dostępności, ciągłości i skuteczności leczenia),
- 2) Ograniczanie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji, co równoznaczne jest z ograniczeniem kosztów opieki psychiatrycznej,
- 3) Uruchomienie inicjatyw i zasobów społecznych lokalnej społeczności,
- 4) Zapobieganie stygmatyzacji i wykluczeniu chorych psychicznie obywateli,

- 5) Zapewnienie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Określono, iż struktura Centrum Zdrowia Psychicznego powinna być następująca:

- 1) zespół ambulatoryjny (porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarские, interwencje socjalne),
- 2) zespół środowiskowy (wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, trening umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne),
- 3) zespół dzienny (częściowa hospitalizacja),
- 4) zespół szpitalny (dostęp do odpowiednio kwalifikowanej psychiatrycznej opieki stacjonarnej).⁹²

Ponadto w zależności od miejscowych potrzeb i zasobów w Centrum Zdrowia Psychicznego może funkcjonować opieka nad dziećmi i młodzieżą w ramach zespołu dziecięco-młodzieżowego, jak również mogą funkcjonować zespoły wyspecjalizowane w leczeniu wybranych grup chorych np. zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne.

6. Wsparcie organizacji pozarządowych w zakresie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzinom

Zadania planowane w ramach powyższego priorytetu będą realizowane i finansowane przez **Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku**.

Cel 1

Wsparcie psychologiczno-terapeutyczne dla rodzin osób niepełnosprawnych.

Zadania

Wsparcie psychologiczno-terapeutyczne (poradnictwo i prowadzenie grup terapeutycznych) dla rodzin osób niepełnosprawnych, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi.

⁹² *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 100.

Cel 2

Wspieranie działań w zakresie dostępu osób niepełnosprawnych do uczestnictwa w kulturze, sporcie oraz wypoczynku.

Zadania

Wsparcie działań w zakresie poprawy dostępu do wydarzeń kulturalnych, sportowych oraz wypoczynku poprzez dofinansowanie przedsięwzięć aktywizujących osoby niepełnosprawne, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Powyższe zadania będą finansowane ze środków pochodzących z budżetu województwa podlaskiego w trybie otwartych konkursów ofert.

7. Prowadzenie działań na rynku pracy wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi

Zadania dotyczące wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi realizowane będą w ramach usług świadczonych przez **Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku**, w szczególności poprzez akcje informacyjno-promocyjne, dofinansowanie kosztów tworzenia/działania Zakładów Aktywności Zawodowej oraz pomoc doradców zawodowych.

Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, w ramach priorytetu zaplanował niżej wymienione cele i zadania.

Cel 1

Wspieranie zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania

- 1) Upowszechnianie informacji na temat możliwości tworzenia Zakładów Aktywności Zawodowej poprzez organizację seminariów skierowanych do podmiotów zainteresowanych tworzeniem ZAZ w województwie podlaskim.

2) Dofinansowanie kosztów tworzenia/działania Zakładów Aktywności Zawodowej.

3) Prowadzenie kampanii informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez:

- opracowanie i/lub aktualizację ulotki informacyjnej na temat korzyści z zatrudniania osób z zaburzeniami psychicznymi (kierowanie informacji do pracodawców o możliwościach zatrudniania osób z zaburzeniami psychicznymi, obowiązujących rozwiązaniach prawnych i możliwościach uzyskania wsparcia finansowego przez pracodawców zatrudniających osoby z zaburzeniami psychicznymi);
- upowszechnianie ulotki na stronie internetowej Wojewódzkiego Urzędu Pracy, Centrum Informacyjno-Konsultacyjnego Służb Zatrudnienia „Zielona Linia”, podczas imprez organizowanych przez WUP typu targi pracy, dni otwarte, w Agencjach Zatrudnienia woj. podlaskiego i organizacjach pracodawców;
- opracowanie artykułów promujących zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi i opublikowanie w Biuletynie Informacyjnym WUP, cyklicznie w zależności od tematyki kolejnych wydań biuletynu.

Powyższe zadania będą finansowane w ramach środków Funduszu Pracy, PFRON i/lub przy współfinansowaniu ze środków EFS - realizacja w kolejnych latach pod warunkiem uzyskania środków.

Cel 2

Organizowanie poradnictwa zawodowego na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania

- 1) Świadczenie usług poradnictwa zawodowego i informacji zawodowej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez:
 - nawiązanie współpracy z instytucjami zajmującymi się pomocą osobom z zaburzeniami psychicznymi;
 - udzielanie porad indywidualnych i grupowych oraz prowadzenie zajęć aktywizacyjnych mających na celu doskonalenie umiejętności aktywnego poszukiwania pracy, planowania kariery zawodowej, autoprezentacji, komunikacji interpersonalnej itp. skierowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi - realizacja ciągła w zależności od zgłaszanego zapotrzebowania.

Powyższe zadania będą finansowane w ramach środków Funduszu Pracy.

8. Koordynowanie działań realizowanych na terenie województwa podlaskiego w ramach Programu Regionalnego

Priorytet realizowany będzie przez **Departament Zdrowia UMWP**.

Cel 1

Współpraca i wymiana informacji z powiatowymi samorządami terytorialnymi, stowarzyszeniami, fundacjami, uczelniami, itp.

Zadania

Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego raz w roku występować będzie do samorządów powiatowych z prośbą o przesłanie informacji o działaniach planowanych do realizacji w ramach Programów Powiatowych, celem ustalenia zakresu ewentualnej współpracy.

Ponadto Departament Zdrowia będzie prowadził działania mające na celu pozyskanie do współpracy: stowarzyszeń, fundacji, uczelni wyższych itp.

Współpraca z wyżej wymienionymi podmiotami będzie dotyczyła w szczególności kampanii informacyjno-edukacyjnych oraz szkoleń.

Za koordynację działań odpowiedzialni będą członkowie Wojewódzkiego Zespołu Koordynującego.

9. Podejmowanie działań na rzecz uruchomienia stacjonarnego oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży

Priorytet realizowany będzie przez **Departament Zdrowia UMWP**.

Cel 1

Uruchomienie stacjonarnego oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży.

Zadania

Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego nawiąże współpracę z Konsultantem Wojewódzkim ds. psychiatrii dzieci i młodzieży, dyrektorami podmiotów leczniczych, przedstawicielami Podlaskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i samorządami terytorialnymi niższego szczebla w celu utworzenia wspomnianego oddziału. Zgodnie z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego województwo podlaskie winno dysponować 48 łózkami w ramach całodobowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

Rozdział VI – Realizacja programu

1. Monitoring Programu

Zgodnie z § 5 ust. 2 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego podmioty realizujące program przesyłają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub wskazanemu przez niego podmiotowi do dnia 15 maja, roczne sprawozdania z wykonania zadań objętych harmonogramem programu.

W związku z tym podmioty ujęte w harmonogramie Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2012-2015 będą przygotowywały sprawozdania cząstkowe z realizacji własnych zadań do 15 marca roku następującego po okresie monitorowania. Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego po uzyskaniu w/w informacji przygotuje sprawozdanie zbiorcze z realizacji Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2012-2015, które następnie zostanie przedstawione Zarządowi Województwa Podlaskiego w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po okresie monitorowania.

2. Finansowanie Programu

Wysokość środków finansowych niezbędnych do realizacji zadań wynikających z harmonogramu Programu, rokrocznie określana będzie przez podmioty realizujące poszczególne zadania w ramach Programu i ujmowana w projekcie budżetu na kolejny rok. Z chwilą przyjęcia uchwały budżetowej, w której zatwierdzone zostaną środki, o których mowa powyżej możliwe będzie określenie wysokości środków przeznaczonych na realizację Programu w danym roku.

Zadania wynikające z przyjętych priorytetów finansowane będą przez następujące podmioty:

- Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku,
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku,
- Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku,
- ewentualnie zewnętrzne źródła finansowania.

3. Harmonogram Programu

Harmonogram realizacji Programu przedstawia Tab. nr 21. Ponadto, co roku w miesiącu listopadzie, Departament Zdrowia (we współpracy z pozostałymi członkami Zespołu Koordynującego Realizację Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego) będzie przygotowywał harmonogram realizacji zadań na kolejny rok.

Tab. 21 Harmonogram realizacji Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego Województwa Podlaskiego na lata 2013-2015

Harmonogram realizacji RPOZPWP w odniesieniu do celów NPOZP							
Cel główny 1 NPOZP: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.							
Cele szczegółowe NPOZP	Priorytety Programu Regionalnego	Cele w ramach priorytetów Programu regionalnego	Zadania w ramach celów Programu regionalnego	Finansowanie	Przykładowe wskaźniki	Czas realizacji	Realizatorzy
1	2	3	4	5	6	7	8
1.1. Upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu oraz 1.3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi	1. Podnoszenie poziomu wiedzy na temat problemów i potrzeb w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.	Podnoszenie poziomu wiedzy osób zarządzających (decydentów)	Organizacja konferencji/spotkań	Budżet Województwa Podlaskiego	liczba konferencji/spotkań, liczba uczestników	lata 2013 - 2015	UMWP, członkowie Wojewódzkiego Zespołu Koordynującego Realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
		Podnoszenie poziomu wiedzy wybranych grup społecznych	Organizacja konferencji/spotkań	Budżet Województwa Podlaskiego	liczba konferencji/spotkań, liczba uczestników	lata 2014 - 2015	
	2. Edukacja w zakresie zapobiegania chorobom psychicznym i zaburzeniom zachowania oraz dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi	Promowanie zdrowia psychicznego wśród wybranych grup społecznych	Ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego i opracowanie planu działań, które będą podejmowane w okresie realizacji Programu.	Budżet Województwa Podlaskiego	Liczba działań (kampanii, konferencji, spotkań itp.)	lata 2013 - 2015	
		Kształtowanie postaw zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałania dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi	Realizacja kampanii społecznych	Budżet Województwa Podlaskiego	Liczba kampanii społecznych	lata 2014 - 2015	
		Szkolenie wybranych grup zawodowych	Realizacja projektów szkoleniowych dotyczących metod zapobiegania zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania	Źródła zewnętrzne (projekty ministerialne, środki Unii Europejskiej, itp.)	Liczba projektów szkoleniowych/liczba beneficjentów ostatecznych	lata 2014 - 2015	
1.1. <i>jak wyżej</i>	3. Współpraca z organizacjami pożytku publicznego działającymi w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego	Wspieranie działań prewencyjno-promocyjnych służących zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz ograniczaniu ich skutków w szczególności u dzieci i młodzieży	Zadania znane są co roku po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert na realizację zadań publicznych w ramach Programu współpracy Województwa Podlaskiego z organizacjami pozarządowymi na dany rok	Budżet Województwa Podlaskiego	Liczba sfinansowanych projektów	lata 2013 - 2015	organizacje pozarządowe

Harmonogram realizacji RPOZPWP w odniesieniu do celów NPOZP							
Cel główny 1 NPOZP: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.							
Cele szczegółowe NPOZP	Priorytety Programu Regionalnego	Cele w ramach priorytetów Programu regionalnego	Zadania w ramach celów Programu regionalnego	Finansowanie	Przykładowe wskaźniki	Czas realizacji	Realizatorzy
1	2	3	4	5	6	7	8
1.4. Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu	4. Informowanie o dostępnej pomocy psychiatrycznej, psychologicznej i środowiskowej	Opracowanie i udostępnienie informatora o dostępnej na terenie województwa pomocy w zakresie opieki psychiatrycznej i psychologicznej	Zgromadzenie danych do informatora, opracowanie projektu i zakresu danych, które zostaną w nim zawarte, ustalenie formy w jakiej będzie opublikowany	Budżet Województwa Podlaskiego	liczba wydrukowanych informatorów, ewentualnie liczba udostępnionych stron internetowych	lata 2013 - 2015	Departament Zdrowia UMWP, samorządy terytorialne niższego szczebla
		Wspieranie działań na rzecz poprawy dostępu do informacji na temat środowiskowych form opieki (ośrodków wsparcia)	Współpraca i wymiana informacji (z samorządami terytorialnymi) na temat możliwości oraz potrzeb tworzenia mieszkań chronionych, domów pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub podejmowanie innych działań mających na celu promowanie tworzenia powyższych form środowiskowych	nie dotyczy	nie dotyczy	Lata 2013 - 2015	
2.1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej	5. Wspieranie zrównoważonego rozwoju różnych form opieki psychiatrycznej na terenie województwa podlaskiego	Optimalizacja rozmieszczenia centrów zdrowia psychicznego na terenie województwa	Uzgadnianie lokalizacji i obszaru działania centrów zdrowia psychicznego z samorządami powiatowymi	nie dotyczy	Liczba nowych centrów	lata 2013 - 2015	samorządy terytorialne niższego szczebla, Departament Zdrowia UMWP, członkowie Wojewódzkiego Zespołu Koordynującego

Harmonogram realizacji RPOZPWP w odniesieniu do celów NPOZP							
Cel główny NPOZP 2: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym							
Cele szczegółowe NPOZP	Priorytety Programu Regionalnego	Cele w ramach priorytetów Programu regionalnego	Zadania w ramach celów Programu regionalnego	Finansowanie	Przykładowe wskaźniki	Czas realizacji	Realizatorzy
2.2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego	6. Wsparcie organizacji pozarządowych w zakresie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzinom	Wsparcie psychologiczno-terapeutyczne dla rodzin osób niepełnosprawnych	Wsparcie psychologiczno-terapeutyczne (poradnictwo i prowadzenie grup terapeutycznych) dla rodzin osób niepełnosprawnych, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi	Budżet Województwa Podlaskiego	Liczba rodzin/osób niepełnosprawnych	lata 2013 - 2015	ROPS, organizacje pozarządowe
		Wspieranie działań w zakresie dostępu osób niepełnosprawnych do uczestnictwa w kulturze, sporcie oraz wypoczynku	Wsparcie działań w zakresie poprawy dostępu do wydarzeń kulturalnych, sportowych oraz wypoczynku poprzez dofinansowanie przedsięwzięć aktywizujących osoby niepełnosprawne, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi	Budżet Województwa Podlaskiego	Liczba rodzin/osób niepełnosprawnych	lata 2013 - 2015	

Harmonogram realizacji RPOZPWP w odniesieniu do celów NPOZP							
Cel główny NPOZP 2: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym							
Cele szczegółowe NPOZP	Priorytety Programu Regionalnego	Cele w ramach priorytetów Programu regionalnego	Zadania w ramach celów Programu regionalnego	Finansowanie	Przykładowe wskaźniki	Czas realizacji	Realizatorzy
1	2	3	4	5	6	7	8
2.3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi	7. Prowadzenie działań w ramach rynku pracy wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi	Wspieranie zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi	Upowszechnianie informacji na temat możliwości tworzenia Zakładów Aktywności Zawodowej poprzez organizację seminariów skierowanych do podmiotów zainteresowanych tworzeniem ZAZ	w ramach środków własnych WUP z Funduszu Pracy	Liczba seminariów	lata 2013 - 2015	WUP
			Dofinansowanie tworzenia/działania Zakładów Aktywności Zawodowej	w ramach środków PFRON	Liczba zawartych umów na dofinansowanie kosztów tworzenia/działania ZAZ	lata 2013 - 2015	
			Prowadzenie kampanii informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi	w ramach środków własnych WUP z Funduszu Pracy i/ lub przy współfinansowaniu ze środków EFS	Projekt/aktualizacja ulotki, liczba artykułów/publikacji	lata 2013-2015	
		Organizowanie poradnictwa zawodowego na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi	Świadczenie usług poradnictwa zawodowego i informacji zawodowej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.	w ramach środków własnych WUP z Funduszu Pracy	Liczba porad, liczba zorganizowanych zajęć	lata 2013 - 2015	

Harmonogram realizacji RPOZPWP w odniesieniu do celów NPOZP							
Cel główny NPOZP 2: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym							
Cele szczegółowe NPOZP	Priorytety Programu Regionalnego	Cele w ramach priorytetów Programu regionalnego	Zadania w ramach celów Programu regionalnego	Finansowanie	Przykładowe wskaźniki	Czas realizacji	Realizatorzy
1	2	3	4	5	6	7	8
2.4. Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy	8. Koordynowanie działań realizowanych na terenie województwa podlaskiego w ramach Programu Regionalnego	Współpraca i wymiana informacji z samorządami terytorialnymi powiatowymi, stowarzyszeniami, fundacjami, uczelniami, itp.	Współpraca w realizacji kampanii informacyjno-edukacyjnych oraz szkoleń (dotyczy w szczególności Priorytetów 2, 4, 5 i 6)	nie dotyczy	nie dotyczy	lata 2013 - 2015	Departament Zdrowia UMWP
	Podejmowanie działań na rzecz uruchomienia stacjonarnego oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży	Uruchomienie stacjonarnego oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży	podjęcie współpracy z Konsultantem Wojewódzkim ds. psychiatrii dzieci i młodzieży, przedstawicielami POW NFZ i samorządami terytorialnymi w celu utworzenia stacjonarnego oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży	nie dotyczy	nie dotyczy	lata 2013 - 2015	

Bibliografia

Podręczniki, publikacje, roczniki statystyczne:

1. A. Bryńska, M. Witkowska, *Wczesne objawy całościowych zaburzeń rozwoju*, 12 Szkoła Pediatrii Vol 16 No 5 Klinika Pediatria
2. A. Samochowiec, J. Samochowiec, *Oczekiwania i wyzwania a możliwości współczesnej psychiatrii*, TERAPIA 11-12/2009
3. E. Derlikiewicz, *Zaburzenia zachowania a środowisko rodzinne dziecka*, Praca dyplomowa napisana w Zakładzie Pedagogiki Specjalnej pod kierunkiem dr U. Morcinek, Szczecin 2001
4. E. Słupczyńska-Kossobudzka, L. Boguszevska, S. Wójtowicz, *Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katamneza dwuletnia*. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2001, 10
5. G. Thornicroft, M. Tansella, *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, s. 20-21.
6. H. Kaszyński, *Bezrobocie – co robić. Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*,
7. Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen
8. J. Bomba, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Medycyna Praktyczna – Pediatria 2/2002
9. J. Komender, *Postępy w psychiatrii dzieci i młodzieży*, Medycyna Praktyczna – Pediatria 2/2003
10. J. Meder, T. Stańczak, *Chory psychicznie w podstawowej opiece zdrowotnej*, Gabinet Prywatny nr 1/2003
11. *Klasyfikacja zaburzeń zachowania w ICD – 10. Rewizja 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 1997
12. L. Gromulska, *Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, Przegl. Epidemiol., 2010
13. Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, *Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim*, Białystok 2011
14. *Priorytety Promocji Zdrowia Psychicznego w Ochronie Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia 2011
15. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010
16. *Roczniki Branżowe, Rocznik Demograficzny*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011
17. W. A. Brodniak, S. Welbel, *Środowiskowe domy samopomocy na tle systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2000-2002*”, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2003: 12 (4)
18. Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, *Diagnoza sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy*, opracowanie własne – 2011
19. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej*, Rocznik statystyczny 2009, Część I, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010

Publikacje internetowe:

20. I. Chojnicka, *Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym*, <http://www.forumaautyzmu.pl/artukul/psychologia/zaburzenie-hiperkinetyczne-towarzyszacym-uposledzeniem-umyslowym>
21. M. Tyczyńska, *Całościowe zaburzenia rozwoju dziecka*, <http://dziecisawazne.pl/calosciowe-zaburzenia-rozwoju-dziecka/>
22. U. Owsza, *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*, Remedium Nr 125-126 2003, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/61-remedium/565-zaburzenia-zachowania-u-dzieci-i-mlodziezy.html>

Strony internetowe:

23. Autyzm, Dolnośląskie Stowarzyszenie na Rzecz Autyzmu, <http://www.autyzm.wroclaw.pl/autyzm/autyzm/>
24. *Co to jest zespół Retta?*, http://rettsyndrome.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=14:co-to-jest-zaspo-retta&catid=8:zespo-retta&Itemid=27
25. *Działalność gospodarcza zakładów aktywności zawodowej zakładów pracy chronionej*, http://www.idn.org.pl/sonnszz/gospodarka_zaz.htm
26. *Nieokreślone zaburzenie rozwoju psychicznego*, <http://zdrowie.wieszjak.pl>
27. *Pomoc finansowa ZAZ*, <http://www.up.podlasie.pl/index.php/strony/21974>
28. Urząd Statystyczny w Białymstoku
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bialystok/ASSETS_10w05_01.pdf
29. Urząd Statystyczny w Białymstoku
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bialystok/ASSETS_10w05_04.pdf
30. *Zaburzenia zachowania*, Opracowanie na podstawie: T.Wolańczyk, A.Kołakowski, M.Skotnicka "Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci"
http://www.darecki.boo.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=36
31. *Zespół Retta, czyli świat Milczących Aniołów*, <http://www.damy-rade.org/medycyna/1915-zespol-retta-czyli-swiat-milczacych-aniolow.html>
32. <http://schizofrenia.eu/>
33. <http://tvp.info/informacje/ludzie/polak-pije-rocznie-9-litrow-czystego-alkoholu/4193101>
34. <http://zdrowie.wieszjak.pl/>
35. <http://www.116123.edu.pl/>
36. http://www.fise.org.pl/files/1bezrobocie.org.pl/public/Raporty/HKaszynski_raport_dot_os_ob_chorych_psychicznie.pdf
37. <http://www.medserwis.pl/?p=4097,726,10>
38. <http://www.mopr.lublin.pl>
39. <http://www.niepelnosprawni.pl>
40. http://www.psychiatria.bielsko.pl/oddzial_psychiatryczny_olszowka.html
41. <http://www.ptp.nal.pl/pliki/PatientTalk/PT10.pdf>
42. www.resmedica.pl
43. <http://www.szpital.netus.pl/index.php/oddzialy/169-oddzial-dzienny-psychiatryczny>
44. <http://www.wcpr.pl>
45. www.medisystem.pl/index.php/site/site_show/115/Zespol-otepienny.html
46. www.nfz-krakow.pl
47. www.parpa.pl
48. www.psych.edu.pl
49. www.wyhamujwpore.pl

Akty normatywne, statuty, regulaminy:

50. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 Nr 231, poz. 1375)
51. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, Dz. U. Nr 64, poz. 539.
52. Rozporządzenie ministra polityki społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz. U. Nr 217, poz. 1837.
53. Regulamin Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z rehabilitacją psychiatryczną w Choroszczy
54. Regulamin Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego Psychiatrycznego w Specjalistycznym SP ZOZ w Suwałkach