

LOKALNY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

NA LATA 2013-2015

DLA GMINY BOJSZOWY

Wprowadzenie

Obecny system opieki psychiatrycznej wymaga istotnych przekształceń. Eksperti zwracają uwagę, że problemy ochrony zdrowia psychicznego nie zajmują właściwego miejsca w polityce społecznej państwa, a funkcjonujący w Polsce system opieki psychiatrycznej nie odpowiada potrzebom społecznym i pilnie wymaga zasadniczych zmian.

Wprowadzenie **Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego** ***zobowiązuje wszystkie organy administracji rządowej i samorządowej oraz stowarzyszenia, organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne do podejmowania wszelkich możliwych działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego*** – cyt. art. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011, Nr 231, poz. 1365 z póź. zmianami).

Główne cele Programu to:

1. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;
2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
3. Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

W tym zakresie szczególna rola przypadła samorządom terytorialnym. Zakres realizacji celów głównych i szczegółowych – to poważne wyzwanie dla wszelkich jednostek – zarówno odpowiedzialnych za kreowanie właściwej polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – jak i realizację bezpośrednich zadań przypisanych do poszczególnych celów. Podejmowanie inicjatyw w zakresie opracowywania lokalnych programów ochrony zdrowia psychicznego na najniższych szczeblach administracji samorządowej, planowanie realizacji celów i zadań - to działania, które pozwolą na uwzględnienie specyfiki powiatu zarówno w zakresie istniejącej infrastruktury bądź jej braku, środków finansowych oraz dotychczasowej aktywności środowisk pacjentów i ich rodzin. Analiza ewentualnych ryzyk oraz określenie reakcji na poszczególne zagrożenia to również ważny element Programu. Opracowany dokument ma charakter otwarty.

W celu opracowania ***Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Gminy Bojszowy na lata 2011-2015*** powołany został Zarządzeniem Nr 0050/48/2011 Wójta Gminy Bojszowy z dnia 5.09.2011 r. Zespół do współpracy przy opracowaniu „Programu” w składzie:

POJĘCIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Zdrowie psychiczne jest nieodłącznym składnikiem zdrowia. Ogólna kondycja zdrowotna narodu coraz bardziej jest zależna od jego dobrostanu psychicznego. Zdrowie psychiczne stanowi podstawę poczucia narodowej solidarności i wspólnoty. Stanowi o sile państwa w przewyżnianiu trudności w czasach kryzysów, klęsk, kataklizmów i narodowych traum. Załamanie się indywidualnej i grupowej odporności psychicznej, rozwijanie poczucia bezradności i osamotnienia jednostek w obliczu zagrożeń

doprowadza do zahamowania rozwoju ekonomicznego, kulturowego i cywilizacyjnego, lokuje państwo na marginesie globalnego postępu, pozbawia jednostki nadziei na lepszą przyszłość, rozwija negatywne i wyczerpujące mechanizmy radzenia sobie skutkujące zwiększoną fizyczną i psychiczną zachorowalnością i wzrostem patologii życia społecznego. Medycyna, a konkretnie psychiatria daje nam odpowiedź na pytanie czym jest zdrowie psychiczne. Jednak nie oddaje w pełni całego zjawiska odbioru przez człowieka otaczającego go świata i udział w dynamice otoczenia.

Zdrowie psychiczne - jest to stan wolny od zaburzeń psychicznych, czyli takie zachowanie człowieka, które jest wolne od zakłóceń czynności psychicznych. Próba stworzenia definicji zdrowia psychicznego opiera się na normie praktycznej - uwzględnienie indywidualnych i społecznych obszarów działania człowieka. Norma statystyczna - określa zdrowie psychiczne jako pewną przeciętność, normalność. Norma idealna - zdrowie psychiczne to maksimum sprawności życiowej, dojrzałości, przystosowania społecznego, dobrego samopoczucia czy samorealizacji. Norma względna - umiejętność odnalezienia się w społeczeństwie czyli w danej kulturze, wśród pewnych przekonań, wartości.

Nad pojęciem zdrowia psychicznego i związanymi z nim zaburzeniami pracują psychiatrzy, psychologowie, moralisci, filozofowie i antropolodzy. Ogólnie *zdrowie można zdefiniować jako nieobecność choroby, dobre samopoczucie oraz satysfakcjonujące twórcze życie*. W ujęciu psychologicznym zdrowie oznacza jednostkę dojrzałą, autonomiczną i twórczą. Jest ona odpowiedzialna za siebie i swoje życie. Ma świadomość sensu życia, potrafi tworzyć wartości i jest zdolna do dokonywania samodzielnych wyborów. Człowiek w pełni zdrowia zaspokaja swoje potrzeby w sposób społecznie akceptowany i jest wrażliwy na potrzeby innych. Człowiek zdrowy potrafi sobie radzić w różnych sytuacjach, respektuje zasady ekorozwoju w swoim życiu i życiu społeczności. Zdrowie to również, poddająca się zmianom, zdolność człowieka do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak również zdolność do reagowania na wyzwania środowiska, w którym żyje. Społeczno-ekologiczny model zdrowia przesuwając akcent z profesjonalnej na indywidualną odpowiedzialność za zdrowie. W tym ujęciu samoopieka jest podstawową formą opieki zdrowotnej, a wszystkie instytucjonalne i profesjonalne formy opieki zdrowotnej pełnią rolę wspierającą. Zdrowie jest stanem dynamicznym cechującym się wysokim poziomem dobrostanu (stały rozwój, wykorzystanie potencjału jednostki, jej potrzeby, zdolności lub ich brak). Podstawowymi warunkami dobrostanu są jasne reguły życia społecznego, poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji. Zdrowiu sprzyja jakość życia, autonomia osiągnięta przez rozwój oraz potencjał, jakim człowiek dysponuje. Związane jest to z rodzajem diety, używaniem alkoholu, paleniem tytoniu, zażywaniem leków, trybem życia, okresową kontrolą stanu zdrowia. Człowiek ma prawo i obowiązek przejąć kontrolę i odpowiedzialność za własne zdrowie. Ze zdrowiem psychicznym związane są codzienne relacje rodzinne, zawodowe, społeczne, hierarchia potrzeb i styl ich zaspokajania, umiejętność rozwiązywania konfliktów, zachowania asertywne, itp. Czynniki warunkujące zdrowie to: biologia, środowisko, styl życia, leczenie. Czynniki determinujące zdrowie człowieka to: czynniki genetyczne 5-15%, środowisko fizyczne 5-10%, środowisko społeczne 20-25%, styl życia 50%, medycyna naprawcza 10-20% (dane: Narodowy Program Zdrowia – 2007-2015 r.). Znaczący wpływ na zdrowie, zwłaszcza zdrowie psychiczne, ma styl pracy, wypoczynku, spędzania wolnego czasu.

Ważnym dokumentem odnoszącym się do roli promocji zdrowia jest Karta Ottawska. Karta ta - to wynik Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, która po raz pierwszy odbyła się w 1986 roku. Dokument ten precyzuje podstawowe uwarunkowania zdrowia; wskazuje kierunek działań promocji zdrowia oraz metody ich realizacji. Jako warunki podstawowe dla osiągnięcia zdrowia wskazano: zapewnienie pokoju i bezpieczeństwa, dostęp do edukacji, zaopatrzenie w wodę i żywność, zabezpieczenie środków do życia,

utrzymanie stabilnego ekosystemu oraz zagwarantowanie sprawiedliwości i równości społecznej. Kierunki działań rekomendowane jako podstawowe w utrzymaniu pożądaných standardów zdrowia to:

- 1) tworzenie i ochrona warunków niezbędnych do utrzymania zdrowia,
- 2) umożliwianie działań niezbędnych dla rozwijania potencjału zdrowotnego,
- 3) pośredniczenie w godzeniu różnych interesów w imię nadrzędnego interesu jakim jest ochrona zdrowia.

Podkreślano, iż możliwość realizacji wskazanych kierunków wymaga:

- 1) budowania polityki zdrowia publicznego,
- 2) tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu,
- 3) wzmacniania działań społeczności lokalnych,
- 4) rozwijania umiejętności indywidualnych,
- 5) reorientacji świadczeń zdrowotnych.

Dla właściwej realizacji celów promocji zdrowia w Polsce warunki konieczne sformułował Zygmunt Sadowski w publikacji „*Promocja zdrowia - szansa i konieczność*” (*Promocja Zdrowia - wydanie 1997*). Są to:

- 1) nadanie promocji zdrowia wysokiej rangi w polityce i strategii państwa,
- 2) zapewnienie współpracy międzyresortowej,
- 3) opracowanie aktów legislacyjnych, które stwarzają warunki dla realizacji programu promocji zdrowia,
- 4) opracowanie i monitorowanie realizacji Narodowego Programu Promocji Zdrowia ze szczególnym odniesieniem do zdrowia psychicznego,
- 5) ewidencja środków zajmujących się promocją zdrowia,
- 6) budowa sieci promocji zdrowia,
- 7) reorientacja służby zdrowia na działania promocyjne,
- 8) szkolenie zawodowych kadr liderów promocji zdrowia,
- 9) opracowanie programów promocji zdrowia w terenie,
- 10) tworzenie środowisk wspierających zdrowie,
- 11) opracowywanie materiałów i metod edukacyjnych wraz z oceną ich skuteczności.
- 12) prowadzenie i wspieranie edukacji prozdrowotnej dzieci, młodzieży i dorosłych.
- 13) przeprowadzanie badań epidemiologicznych monitorujących stan zdrowotności i osiągnięte rezultaty promocji zdrowia.

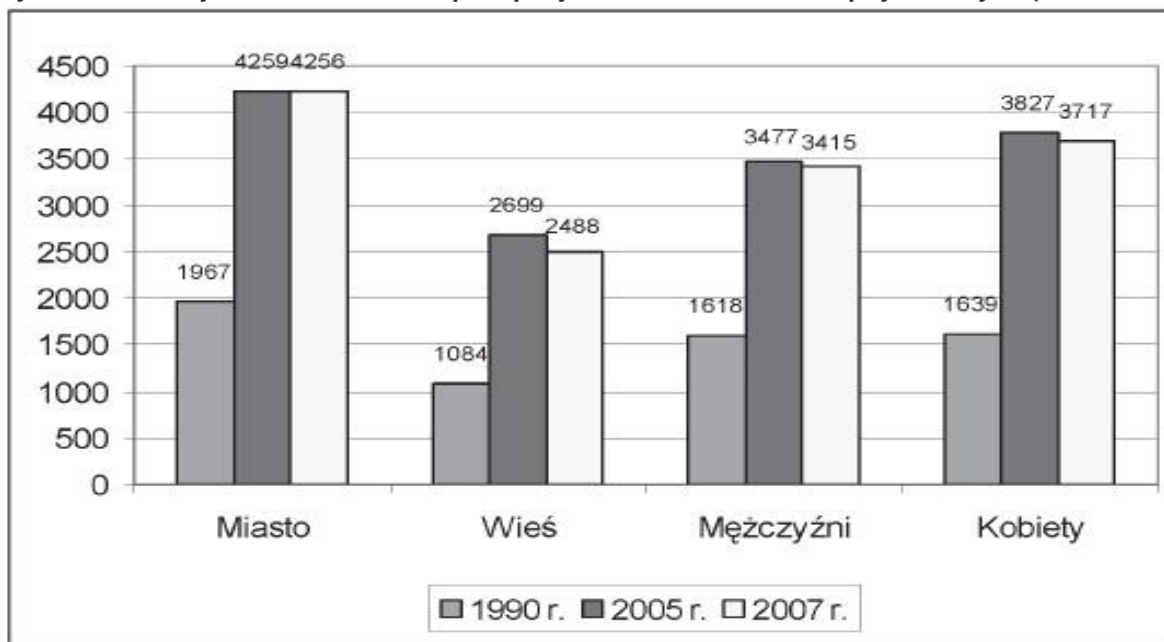
Stan aktualny w Polsce

W Polsce narasta poczucie indywidualnej słabości psychicznej i bezradności wobec zagrożeń wynikających z braku poczucia indywidualnej ekonomicznej stabilności. Życie w stałym poczuciu niepewności zawodowej i pracowniczej rodzi przekonanie o nietrafności życiowych wyborów, o nieprzydatności zdobytego wykształcenia i umiejętności. Równocześnie narasta przekonanie, że jednostka nie ma na nic wpływu i wszystkie procesy społeczno-ekonomiczne rozgrywają się w znacznej od niej odległości. Niewiele jest od niej zależne. Brak perspektywicznego poczucia ekonomicznego bezpieczeństwa, brak nadziei na stabilną pracę, na bezpieczną starość, na wystarczające zabezpieczenie emerytalne, na spłatę zaciąganych kredytów rodzi jednostkowe poczucie lęku, przygnębienia, braku wiary w słuszność dokonywanych wyborów i podejmowanych decyzji.

Narasta przekonanie o własnej intelektualnej mizerności i niewydolności. Człowiek zaczyna zamykać w się w kręgu przeżywanego poczucia klęski eskalującej lęk i depresję. Należy uwzględnić w ocenie kondycji psychicznej narodu, że nie składa się on wyłącznie z jednostek silnych, przystosowanych, optymistów zawsze radzących sobie z sytuacjami trudnymi lub uchodzącymi za trudne. Mimo uprzedzeń, negatywnych stereotypów, a często i obojętności wobec problemów zdrowia psychicznego, coraz więcej osób w Polsce, narażając się na napiętnowanie, nierówne traktowanie i wykluczenie, nie wstydzi się poszukiwać pomocy nie tylko w instytucjach służby zdrowia, ale w organach administracji państwowej i samorządowej, pomocy społecznej, oświacie, instytucjach zabezpieczenia społecznego (ZUS, KRUS, MSWiA), u pracodawców czy też organizacjach pozarządowych. Niestety, wszystkie, zarówno te wskazane, jak i nieuwzględnione instytucje, nie są w stanie udzielić potrzebującym pomocy w wystarczającej ilości i o odpowiedniej jakości, często też same warunki udzielania pomocy odbiegają od oczekiwań osoby wymagającej wsparcia.

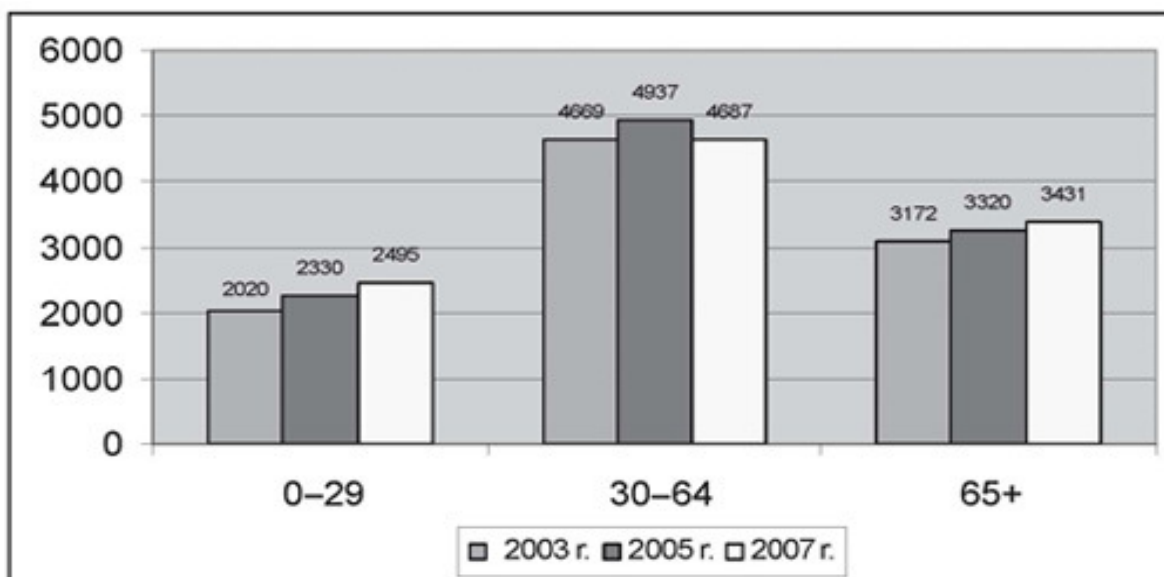
Konsekwencje tak uwarunkowanego pogarszania się kondycji psychicznej Polaków muszą być spostrzegane nie tylko w skali indywidualnego nieszczęścia i cierpienia, ale i w skali makrospołecznej oraz makroekonomicznej. Brak skoordynowanych działań na wszystkich szczeblach administracji samorządowej oraz administracji państwowej to najczęstszy powód złego postrzegania podejmowanych w tym zakresie zadań. Oczekiwania pacjentów w tym zakresie są odzwierciedleniem potrzeb, na jakie wskazują inni pacjenci objęci pozostałą specjalistyczną opieką. Osoby oczekujące wsparcia, wskazują na potrzebę skoordynowania działań, jakimi powinna być objęta osoba chora lub zagrożona chorobą i jej rodzina. Analiza danych statystycznych dokonana na przestrzeni 17 lat pozwala dostrzec znaczny wzrost liczby osób z zaburzeniami psychicznymi. Niestety – dane statystyczne zawarte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego – wskazują wprost na bardzo niski poziom dostępności do instytucji zajmujących się pomocą osobom z zaburzeniami psychicznymi.

Wykres nr 1. Miejsce zamieszkania i płeć pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (dane dla Polski).



Źródło: NPOZP 28.12.2010r.

Wykres nr 2. Wiek pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (dane dla Polski).



Źródło: NPOZP 28.12.2010r.

Choć w ostatnich latach znacząco wzrosła liczba Polaków cierpiących na zaburzenia psychiczne, to nie zawsze się to przekłada na podejmowane skuteczne leczenie w poszczególnych placówkach. To, że nie wszyscy potrzebujący chcą się leczyć, wynika z kilku powodów. Z jednej strony są to negatywne uprzedzenia i stereotypy, a z drugiej zła jakość i warunki oferowanych usług medycznych. Istnieje też przekonanie, że leczenie niewiele pomoże, a sam fakt jego podjęcia negatywnie naznaczy osobę, narazi na społeczny ostracyzm, praktycznie wyeliminuje ją z rynku pracy i zawodowej kariery.

Mimo pewnego niedoszacowania rzeczywisty wzrost liczby Polaków leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w okresie ostatnich piętnastu lat obrazują dane dotyczące wskaźnika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. W grupie zaburzeń leczonych ambulatoryjnie obserwujemy wzrost w zakresie:

- 1) hospitalizacji – 45 % wzrostu,
- 2) w lecznictwie ambulatoryjnym – 136% wzrostu,
- 3) w lecznictwie całodobowym – 84% wzrostu (dane: GUS-2007r.).

W porównywalnym okresie zaobserwowano znaczny wzrost liczby osób z zaburzeniami psychicznymi, leczonych zarówno ambulatoryjnie, jak i hospitalizowanych.

Tabela nr 1. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych w latach 1990-2007. Wskaźniki na 100 tys. ludności i różnice procentowe między wskaźnikami z lat 1990 i 2007 oraz 2005 i 2007.

Rozpoznanie	Rok					Zmiana wsk. w % 1990/2007	Zmiana wsk. w % 2005/2007
	1990	1995	2000	2005	2007		
Ogółem - liczby bezwzględne	62091	727314	948838	1395712	1361223	↑ 119	↓ 2
Ogółem wskaźniki	1629	885	2455	3657	3571		
Zaburzenia psychotyczne	466	563	912	1481	1410	↑ 203	↓ 5
Zaburzenia niepsychotyczne	826	956	998	1438	1429	↑ 73	↓ 1

Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	261	274	363	468	476	↑ 82	↑ 2
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	12	19	61	101	95	↑ 692	↓ 6
Upośledzenie umysłowe	64	73	121	169	162	↑ 153	↓ 4

Źródło: NPOZP 28.12.2010r.

W grupie rozpoznań odnotowano:

- 1) wzrost zaburzeń niepsychotycznych 72%,
- 2) wzrost zaburzeń psychotycznych o 198 % w leczeniu ambulatoryjnym i o 32% w leczeniu szpitalnym,
- 3) wzrost zaburzeń poalkoholowych o 84% w leczeniu ambulatoryjnym i o 96% w leczeniu szpitalnym,
- 4) wzrost zaburzeń po spożyciu substancji psychoaktywnych o 686% w leczeniu ambulatoryjnym i o 256% w leczeniu szpitalnym.

Prognozy dokonywane na poziomie światowym wskazują, że w ciągu najbliższych 20 lat zachorowalność na zaburzenia psychiczne wysunie się na drugie miejsce po chorobach układu krążenia.

Polska na tle Europy

Polska nie jest wyjątkowym krajem dotkniętym zagrożeniami zdrowia psychicznego. Zagrożenie takie jest problemem globalnym. Różne są jednak programy zdrowotne w poszczególnych krajach i możliwości gwarantowania świadczeń leczniczych na odpowiednim poziomie. W skali świata zaburzenia i choroby psychiczne dotyczą ok. 450 mln ludzi i choć stanowią one 12% całkowitego zagrożenia zdrowotnego, to pochłaniają one niecały 1% ogólnych nakładów na leczenie. Brak jakiegokolwiek polityki wobec zdrowia psychicznego dotyczy 40% wymagającej tego ludności, 30% nie obejmuje żaden program zdrowotny, a gdy chodzi o dzieci, to brak programu zdrowotnego dotyczy aż 90%. Niewątpliwie wpływ na to ma ignorowanie zaburzeń psychicznych i zaniedbanie, a także różnice kulturowe i cywilizacyjne. Sytuacja w Polsce musi być widziana z perspektywy Europy i Unii Europejskiej. W Europie zaburzenia psychiczne stanowią ok. 20% globalnego obciążenia chorobami. Cierpi na nie ok. 50 mln obywateli (11% populacji). Najczęstszym problemem zdrowotnym populacji jest depresja. Samobójstwa popełnia w Europie rocznie 58 tys. osób a w Polsce ok. 6 tys. osób. Skutki wywołane zaburzeniami psychicznymi są dokuczliwe dla każdej narodowej społeczności. Jest to niepełnosprawność jednostek, cierpienie ich rodzin, ogólne obciążenia zdrowotne, problemy edukacyjne, ekonomiczne i na rynku pracy. Nakłady na zdrowie psychiczne są w Europie zróżnicowane, niekoniecznie zależne od zamożności poszczególnych państw i wynoszą od 1 do 12% wydatków zdrowotnych. Średnia europejska wynosi 5,8%, natomiast w Polsce wynosi 3,3%. Dodatkowo niepokoi niekorzystna tendencja obniżania się tego wskaźnika w 2011 roku nawet o ok. 2,7% (według kontraktacji usług w wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia).

W polskich placówkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej (przychodnie, poradnie) w 2006 roku, szukało pomocy i ją otrzymało ok. 1 338 700 osób (ok. 3,5% ogółu ludności), gdy średnia europejska wynosi 11%. W tymże 2006 roku ok. 209 300 osób w Polsce (ok. 0,5% ogółu ludności - dane GUS 2008r.) korzystało z psychiatrycznej opieki stacjonarnej (szpitale, ośrodki, zakłady). Wskaźniki te nadal utrzymują się na wysokim

poziomie, co wskazuje, że coraz więcej Polaków potrzebuje i szuka pomocy psychiatrycznej. Niewystarczająca i zdekapitalizowana baza dla leczenia psychiatrycznego w Polsce również nie ułatwia realizacji zwiększonych zadań w tym zakresie.

Z oceny mieszkańców Polski na tle Europy wynika, że są oni narażeni na większą liczbę negatywnych zjawisk społeczno-ekonomicznych i politycznych o charakterze makrostresorów; subiektywne wskaźniki zdrowia i stopień zadowolenia z życia lokalizują Polskę na najniższych pozycjach w UE, a wsparcie psychospołeczne (neutralizatory stresorów) jest w Polsce relatywnie ubogie.

W obliczu potęgującego się zagrożenia konsekwencjami wzrastającej liczby zaburzeń psychicznych w Europie kraje Europy, w tym Polska, podpisały w czerwcu 2008 roku Europejski Pakt na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego. Sygnatariusze Paktu „...zobowiązali się do wspólnego działania na rzecz priorytetowych obszarów zdrowia psychicznego”.

Diagnoza zagrożeń

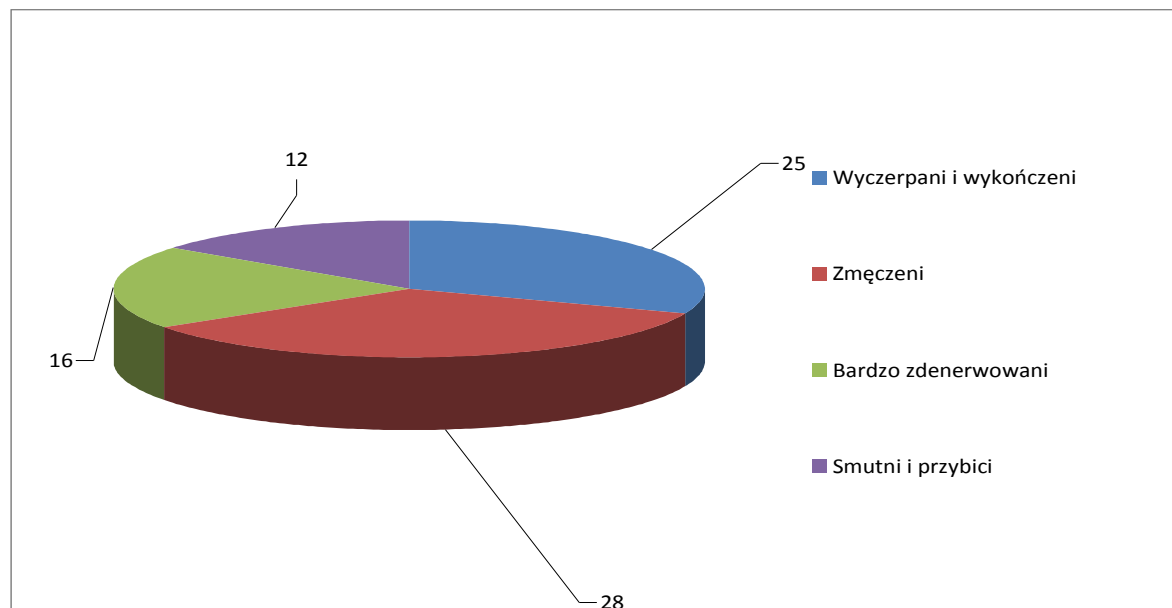
Sytuacja w Polsce nie jest wyłącznie skutkiem niskich nakładów na ochronę zdrowia psychicznego, choć ma to najważniejsze znaczenie. Równie ważne jest tworzenie programów edukacyjnych, popularyzacja wiedzy, sprzeciw wobec stygmatyzacji, wzbudzanie społecznej solidarności. Na dzień dzisiejszy:

- 1) ok. 1,5 mln obywateli regularnie zgłasza się do placówek leczenia psychiatrycznego;
- 2) ok. 40% obywateli odczuwa w ciągu życia potrzebę psychiatrycznej i psychologicznej pomocy;
- 3) o 73% wzrósł wskaźnik osób zgłaszających się z zaburzeniami psychicznymi do opieki ambulatoryjnej;
- 4) o 41% wzrósł wskaźnik wymagających opieki całodobowej;
- 5) do poradni i szpitali najczęściej trafiają osoby z depresją, zaburzeniami lękowymi i schizofrenią;
- 6) do szpitali najczęściej trafiają osoby z zaburzeniami alkoholowymi i depresją;
- 7) tygodniowo do statystycznej poradni zgłasza się około 100 pacjentów;
- 8) miesięcznie do statystycznej Poradni Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży zgłasza się ok. 100 pacjentów;
- 9) 10% z 9 mln dzieci i młodzieży do 18 lat wymaga opieki i pomocy psychiatryczno-psychologicznej.

Sami Polacy oceniają swój stan zdrowia psychicznego pesymistycznie. Jak wynika z badań GUS:

- 1) 25% z nich czuje się wyczerpanymi i wykończonymi,
- 2) 28% – zmęczonymi,
- 3) 16% – bardzo zdenerwowanymi,
- 4) 12% – smutnymi i przybitymi,
- 5) 45% – niepokoi się o swoje zdrowie psychiczne,
- 6) 85% – ocenia warunki życia w Polsce jako szkodliwe dla zdrowia psychicznego.

Samoocena Polaków wg. GUS



Źródło: dane GUS

Wśród przyczyn zagrażających zdrowiu Polacy najczęściej wymieniają:

- 1) bezrobocie – 77%,
- 2) kryzys rodziny – 47%,
- 3) biedę – 41%,
- 4) alkohol i narkotyki – 39%,
- 5) oraz emigrację zarobkową co powoduje zaburzenie więzi społecznych,
- 6) brak wsparcia społecznego i solidarności,
- 7) starzenie się społeczeństwa i niż demograficzny,
- 8) przestępczość zorganizowaną,
- 9) korupcję,
- 10) katastrofy ekologiczne, naturalne, komunikacyjne,
- 11) nieuleczalne choroby.

Opinie na temat czynników zagrażających kondycji psychicznej Polaków podlegają wahaniom. W miarę poprawy sytuacji społecznej i gospodarczej maleje grupa badanych przekonanych, że warunki życia w kraju są szkodliwe dla zdrowia psychicznego i zwiększają ryzyko zachorowania na choroby psychiczne. Gdy jednak kraj dotykają tragedie, katastrofy i klęski żywiołowe o wymiarze ponadregionalnym, gdy z żałobą narodową identyfikują się miliony, a klęski żywiołowe niszczą dorobek życia setek tysięcy rodzin wielokrotnie wzrasta liczba osób żyjących w poczuciu zagrożenia i lęku, oczekujących pomocy i wsparcia. (cyt.: **NAUKA** 4/2010 53-59; **JANUSZ HEITZMAN, Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków**).

Charakterystyka Gminy Bojszowy

Gmina Bojszowy jest gminą wiejską położoną w środkowo-wschodniej części województwa śląskiego. W skład gminy wchodzi 5 miejscowości:

- Bojszowy,
- Bojszowy Nowe,
- Świerczyniec,
- Jedlina,
- Międzyrzecze.

Analizując liczbę osób objętych wsparciem systemu pomocy społecznej w stosunku do liczby mieszkańców przyjąć należy, iż pomocą zostało objętych 11,31% ogółu ludności gminy. Wśród 325 rodzin korzystających z systemu pomocy społecznej, ponad 70% boryka się z problemem bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego.

Analizie poddano dane dotyczące zakresu świadczonych usług, pomocy i opieki, realizowanych przez następujące jednostki działające na rzecz mieszkańców Gminy Bojszowy:

- służby zdrowia,
- pomocy społecznej,
- instytucji rynku pracy,
- edukacji,

uwzględniając ich podstawę prawną do działania, zakres działania, grupy osób objętych pomocą oraz inne informacje z zakresu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin (w tym m.in. realizowane programy, akcje profilaktyczno-informacyjne, inne działania którymi objęte zostały osoby niepełnosprawne). Dane przygotowano w zestawieniu tabelarycznym. Zadania wykonywane przez określone jednostki uwzględniają najczęściej problematykę dotyczącą zdrowia psychicznego. W sytuacji, gdzie dane dotyczą zadań skierowanych i realizowanych dla całości społeczności, a nawiązującą do działań o charakterze promocyjnym, edukacyjnym i profilaktycznym z zakresu zdrowia psychicznego wykazano dane ogólne.

W niniejszym zestawieniu opisano wybrane jednostki (zidentyfikowane na etapie zbierania danych dot. zakresu prowadzonych działań w przedmiocie ochrony i promocji zdrowia psychicznego). W związku z tym, iż niniejszy dokument ma charakter otwarty, na etapie rocznej oceny realizacji Programu istnieje możliwość wpisania kolejnych zidentyfikowanych jednostek, zajmujących się problematyką zdrowia psychicznego – ze szczególnym uwzględnieniem organizacji pozarządowych, fundacji, grup wsparcia, klubów pacjenta. W tym celu dla zainteresowanych podmiotów dostępna będzie ankieta, umożliwiająca dokonanie wpisu uzupełniającego. Dane do Programu zostaną wprowadzone na etapie oceny realizacji przedmiotowego dokumentu.

Lp.	Zakres danych	Opis
I. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bojszowach		
I.1	Podstawa prawna działania.	<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2009 Nr 175, poz. 1362 z póź. zmianami), • Ustawa z 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz.1493 z póź. zmianami), • Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 231 ,Nr 111, poz. 1375 z póź. zmianami),
I.2	Zakres działania (zadania w zakresie związanym ze zdrowiem psychicznym).	<ul style="list-style-type: none"> • kierowanie osób chorych psychicznie do Domów Pomocy Społecznej, • prowadzenie Placówek Wsparcia Dziennego, • przeciwdziałanie przemocy domowej, • specjalistyczne poradnictwo,
I.3	Grupy osób objętych pomocą.	<ul style="list-style-type: none"> • osoby niepełnosprawne w tym z kodem P, U, • osoby w kryzysie (ofiary przemocy, przestępstw, z problemami opiekuńczo-wychowawczymi), • rodziny osób niepełnosprawnych w tym z kodem P, U. • dzieci i młodzież
II. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Bieruniu		

II.1	Podstawa prawna działania.	<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004r. Nr 256, poz. 2572 z późn.zm.), • Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.Nr 173,poz.1072), • Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U.Nr 228,poz.1488), • Statut Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bieruniu
II.2	Zakres działania (zadania w zakresie związanym ze zdrowiem psychicznym).	<ul style="list-style-type: none"> • działalność diagnostyczna i orzecznicza, • działalność profilaktyczno-edukacyjna, • wydawanie orzeczeń przez Zespoły Orzekające działające w Poradni, • skierowanie na konsultacje do Poradni Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży.
II.3	Grupy osób objętych pomocą.	<ul style="list-style-type: none"> • dzieci w wieku przedszkolnym, • młodzież szkół: podstawowych, gimnazjalnych, ponadpodstawowych, • rodzice, prawni opiekunowie, • dyrektorzy szkół oraz przedszkoli, pedagodzy.
III. Powiatowy Urząd Pracy w Tychach		
III.1	Podstawa prawna działania.	<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2008r. Nr 69, poz. 415, z późn. zmianami).
III.2	Zakres działania (zadania w zakresie związanym ze zdrowiem psychicznym).	<ul style="list-style-type: none"> • szkolenia, • staże, • prace interwencyjne, • roboty publiczne, • prace społeczno - użyteczne, • szkolenia z zakresu umiejętności aktywnego poszukiwania pracy, • zajęcia aktywizacyjne, • poradnictwo zawodowe indywidualne, • refundacja miejsc pracy ze środków PEFRON, • podjęcie działalności gospodarczej, • pośrednictwo pracy.
III.3	Grupy osób objętych pomocą.	<ul style="list-style-type: none"> • osoby niepełnosprawne* zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy, w tym bezrobotne oraz poszukujące pracy.

IV. Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Tychach		
IV.1	Podstawa prawna działania.	<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2006r. Nr 212, poz.1263 z późn. zmianami), • Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2012 Nr 14, poz.654 z późn. zmianami).
IV.2	Zakres działania (zadania w zakresie związanym ze zdrowiem psychicznym).	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaktyka uzależnień ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki antynikotynowej.
IV.3	Grupy osób objętych pomocą.	<ul style="list-style-type: none"> • Edukacją objęte zostały grupy dzieci przedszkolnych, nauczania zintegrowanego, oraz starsze klasy szkół podstawowych i gimnazjaliści.
V. Caritas Archidiecezji Katowickiej Środowiskowy Dom Samopomocy w Łędzinach		
V.1	Podstawa prawna działania.	<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 175, poz. 1362 z póź. zmianami), • Ustawa z 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U.Nr 180, poz.1493 z póź. zmianami), • Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz.U. z 2011,Nr 231, poz. 1375 z póź. zmianami), • Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. Nr 238, poz. 1586).
V.2	Zakres działania (zadania w zakresie związanym ze zdrowiem psychicznym).	<ul style="list-style-type: none"> • psychoedukacja, • edukacja zdrowotna, • psychoterapia grupowa, • psychoterapia indywidualna, • trening umiejętności interpersonalnych i społecznych, • trening zaradności życiowej, • poradnictwo, • rehabilitacja, relaksacja, praca z ciałem.
VI. Sąd Rejonowy - Zespół Kuratorskiej Służby Sądowej w Tychach		

VI.1	Podstawa prawna działania.	<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa z dnia 27 lipca 2001r. prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. Nr 98, poz.1070 z póź. zm.), • Ustawa z dnia 27 lipca 2001r. o kuratorach sądowych (Dz. U. Nr 98, poz.1071 z późn.zm.), • Ustawa z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2007r.,Nr 70,poz.473 z późn.zm.), • Ustawa z 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz.1493 z póź. zmianami), • Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z póź. zmianami).
VI.2	Zakres działania (zadania w zakresie związanym ze zdrowiem psychicznym).	<ul style="list-style-type: none"> • dozory nad osobami zobowiązanymi na podstawie art. 72 §1 pkt 6 do poddania się leczeniu, • praca w środowisku: rozmowy, edukacja, informowanie, doradzanie, wpływ osobisty.
VI.3	Grupy osób objętych pomocą	<ul style="list-style-type: none"> • osoby dozorowane i nadzorowane wraz z rodzinami.
VI.4	Informacje dodatkowe: - realizowane programy, - akcje profilaktyczno-informacyjne, - inne działania.	<ul style="list-style-type: none"> • rozmowy przeprowadzane z podopiecznymi oraz ich rodzinami na bieżąco, • kurator również może wystąpić z wnioskiem na podstawie art. 72§1 pkt 6, aby zobowiązać skazanego do poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu lub rehabilitacyjnemu, • na bieżąco przeprowadzane przez kuratorów rodzinnych działania edukacyjne w szkołach na tematy związane z przemocą, narkomanią, alkoholizmem.
VII. Komenda Powiatowa Policji w Bieruniu		
VII.1	Podstawa prawna działania.	<ul style="list-style-type: none"> • Ustawa o Policji z dnia 6 kwietnia 1990r.(tj. Dz.U. z 2011, Nr 287 ,poz.1687 z póź.zm), • Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz.1493 z póź. zmianami), • Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z póź. zmianami), • Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (tj. Dz.U. z 2012, poz. 124 z póź.zmianami) • Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz.U. z 2007, Nr 70, poz. 473 z późn. zmianami) • Zarządzenie nr 1619 KGP z dnia 3 listopada 2010r. w sprawie metod i form wykonywania zadań przez policjantów w zakresie przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich oraz działań podejmowanych na rzecz małoletnich.
VII.2	Zakres działania (zadania w zakresie związanym ze zdrowiem psychicznym).	<ul style="list-style-type: none"> • działania prewencyjne, edukacyjne, informacyjne, środowiskowe.

VII.3	Grupy osób objętych pomocą.	<ul style="list-style-type: none">• dzieci i młodzież ze środowisk zagrożonych patologią społeczną,• osoby dotknięte przemocą rodzinną,• osoby uzależnione i współuzależnione,• sprawcy przemocy w rodzinie (z tzw. „niebieskiej karty”).
--------------	------------------------------------	---

VII. Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bojszowach

V.1	Podstawa prawna działania.	<ul style="list-style-type: none">• Statut,• Wpis do Rejestru ZOZ Wojewody Śląskiego,• Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki medycznej.
V.2	Zakres działania (zadania w zakresie związanym ze zdrowiem psychicznym).	<ul style="list-style-type: none">• Udzielanie świadczeń opieki medycznej realizowanej na podstawie umowy z Narodowym Funduszem.
V.3	Grupy osób objętych pomocą.	<ul style="list-style-type: none">• Pacjenci – bez skierowania objęci systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Cele i zadania Gminnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Gminy Bojszowy na lata 2011 - 2015 stanowi przejaw zrozumienia potrzeb zdrowotnych mieszkańców naszej Gminy w obszarze zdrowia psychicznego. Program zawiera opis działań służących wykonaniu zadań określonych w ramach poszczególnych celów szczegółowych. Powstał w znacznej mierze dzięki osobom, instytucjom oraz organizacjom pozarządowym, które biorą aktywny udział w kształtowaniu systemu zdrowia psychicznego na rzecz mieszkańców gminy. Funkcję koordynacyjną w zakresie realizacji Programu przypisano, powołanemu Zarządzeniem nr 0050/48/2011 r. Zespołowi Koordynującemu realizację Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego Gminy Bojszowy do 2015 roku.

Szczegółowy wykaz zadań oraz realizatorów Programu zawierają programy operacyjne stanowiące załączniki do niniejszego Programu:

1. Program promocji zdrowia psychicznego – załącznik nr 1.
2. Program zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym - załącznik nr 2.
3. Program informacyjno - edukacyjny sprzyjający postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – załącznik nr 3.
4. Program zwiększania dostępności i zmniejszania nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia centrum zdrowia psychicznego – załącznik nr 4.
5. Program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej – załącznik nr 5.
6. Program rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami – załącznik nr 6.

Przeprowadzono analizę SWOT, określając mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia w realizacji programu. Analiza dokonana została w odniesieniu globalnym (zewnętrznym) oraz lokalnym (wewnętrznym). Uwzględnione zostały elementy organizacyjne, finansowe oraz zasoby ludzkie. Zestawienie to będzie również podstawą do określenia ryzyk w realizacji Programu oraz reakcji na te ryzyka. Dodatkowo Program poddawany będzie bieżącemu monitoringowi oraz okresowej ewaluacji – zarówno na potrzeby realizacji Narodowego Programu jak i Programu Powiatowego.

Analiza SWOT programu

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> • zadania bezpośrednio związane z programem pracy instytucji realizujących zadania programowe, • wiedza i doświadczenie pracowników realizujących zadania w zakresie ochrony zdrowia, • otwartość zespołu na podejmowanie nowych wyzwań, • chęć poszerzania kontaktów i współpracy z innymi jednostkami zajmującymi się realizacją podobnych zadań, • funkcjonowanie organizacji pozarządowych, działających na rzecz osób niepełnosprawnych, • dostępność usług pomocy społecznej, • dostęp do zajęć profilaktycznych i terapeutycznych, • podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez osoby pracujące z niepełnosprawnymi, • aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych, • dofinansowanie zajęć w zakresie sportu, rekreacji i turystyki, • współpraca, przepływ informacji i wymiana doświadczeń między instytucjami zajmującymi się problematyką osób niepełnosprawnych. 	<ul style="list-style-type: none"> • ograniczenia ilościowe beneficjentów do których ŚDS jest w stanie dotrzeć, • ograniczenia czasowe ze względu na realizację innych zadań przewidzianych dla placówek realizujących program, • niska liczebność kadry zaangażowanych instytucji, • mała liczba dostępnych miejsc zatrudnienia, • brak Zakładu Pracy Chronionej, • brak Zakładu Aktywności Zawodowej, • ubóstwo osób niepełnosprawnych, • ograniczony dostęp do usług medycznych, • mała liczba wolontariuszy, • niedostateczna ilość środków finansowych, • zbyt późna wykrywalność zaburzeń psychicznych.
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> • wykorzystanie promocji, edukacji i informacji na temat zdrowia psychicznego również do promocji placówek zajmujących się realizacją programu, • zwiększenie integracji między jednostkami realizującymi zadania programowe, • zwiększenie i utrwalenie doświadczeń w danym obszarze poprzez nawiązanie kontaktów z innymi środowiskami, • większy dostęp do informacji, • podnoszenie kwalifikacji zawodowych poprzez szkolenia, • pozytywny stosunek dzieci i młodzieży do osób z zaburzeniami psychicznymi, • przełamanie stereotypów panujących w społeczeństwie, • rozwój wolontariatu, • aktywizacja organizacji pozarządowych, • pozyskanie środków z Funduszy Europejskich. 	<ul style="list-style-type: none"> • brak precyzyjnych reguł finansowania realizacji zadań programu, • postępujące bezrobocie i związana z tym stagnacja, • wpływ zmniejszenia tempa rozwoju gospodarczego na wolumen środków pieniężnych kierowanych na finansowanie opieki zdrowotnej, • narastające zubożenie społeczeństwa, • negatywne nastawienie społeczeństwa do osób zagrożonych marginalizacją, • bierna postawa wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, • panujące stereotypy w społeczeństwie, • brak aktywności w zakresie zmiany negatywnych postaw.

VII. Monitoring i ewaluacja

Miarą skuteczność funkcjonowania przyjętego Programu będzie:

1. monitoring realizacji zadań określonych w Programie,
2. ewaluacja Programu,
3. budowa programów szczegółowych rozwijających przyjęte kierunki działań.

Monitoring i ewaluacja zapisów programowych polegają na systematycznej ocenie realizowanych działań oraz modyfikacji kierunków działania w przypadku istotnych zmian społecznych, które mogą pojawić się poprzez zmianę regulacji prawnych czy też narastanie poszczególnych dolegliwości społecznych. Całościowa ocena wymaga odpowiedzi na pytania o zgodność ocenianej polityki z przyjętymi wartościami i zasadami. Ewaluacja jest działalnością z natury normatywną, gdyż z jednej strony wykorzystuje się w niej istniejące normy, z drugiej zaś w jej wyniku mogą pojawić się propozycje wprowadzenia nowych norm i procedur. Jest także działalnością instrumentalną, ponieważ jej podstawowym celem jest dostarczenie podmiotom polityki społecznej praktycznej wiedzy potrzebnej przy podejmowaniu decyzji.

Elementami skutecznego monitoringu i ewaluacji będą przede wszystkim:

a. Zespół koordynujący Program: składający się z przedstawicieli jednostek odpowiedzialnych za realizację poszczególnych zadań

b. Roczna ocena wdrażania Programu: Zespół wdrażający program winien się zbierać przynajmniej raz w roku i ocenić poziom wdrażania poszczególnych celów i kierunków działań. W przypadku znacznych różnic wynikających z zagrożeń realizacji poszczególnych zadań Zespół może przedstawić propozycję przyjęcia zmian w zakresie zadań szczegółowych lub przedstawić propozycję wprowadzenia np. programów celowych.