

UCHWAŁA NR 4048/18
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
Z DNIA 27 CZERWCA 2018 r.

w sprawie przyjęcia „Regionalnego Programu Zdrowotnego Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Świętokrzyskiego na lata 2018-2022”

Na podstawie:

art. 41 ust. 1 oraz art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 913), w związku z art. 2 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 882) i Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz.U. z 2017 r. poz. 458) oraz w związku z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 2237) i Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. z 2016 r. poz. 1492)

uchwala się, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się „Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Świętokrzyskiego na lata 2018-2022”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Departamentu Ochrony Zdrowia, Dyrektorowi Regionalnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kielcach oraz Dyrektorowi Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Kielcach.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Marszałek Województwa Świętokrzyskiego

Adam Jarubas

UZASADNIENIE

Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Świętokrzyskiego na lata 2018-2022” (RPOZP) powstał, aby chronić zdrowie psychiczne oraz zredukować zdrowotne i ekonomiczne koszty zaburzeń psychicznych mieszkańców regionu. Jest on kontynuacją dokumentu o tej samej nazwie, obowiązującego w latach 2011-2015.

Badania epidemiologiczne ukazują, że 25-30% populacji dotyczy problem zaburzeń psychicznych. Przeprowadzone w Polsce badanie ich rozpowszechnienia (EZOP, 2012 r.) ujawniło, że co najmniej jedno zaburzenie psychiczne (w ciągu życia) można było rozpoznać u 6 mln Polaków – tj. 23,4% populacji naszego kraju. Najczęściej występującym rodzajem zaburzeń są zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju. Często słabe zdrowie psychiczne nie wpływa w sposób znaczący na codzienne funkcjonowanie jednostki, jednak w wielu przypadkach stanowi ogromne obciążenie dla poszczególnych osób i rodzin, mogąc prowadzić do upośledzenia funkcjonowania, zmniejszenia wydajności pracy, zaburzenia relacji rodzinnych i społecznych, nasilenia zjawiska przemocy lub zachowań autodestrukcyjnych i samobójczych.

Konieczność opracowania nowego RPOZP wynika z dwóch aktów prawnych: rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (tj. z dnia 5 kwietnia 2017 r., Dz.U. z 2017 r. poz. 882) Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego obejmuje zadania dotyczące „zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz działania dotyczące kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji”. Natomiast wszelkie działania dotyczące „promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym” są realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Prezentowany Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jest próbą połączenia wymogów nałożonych na samorządy województw (określonych w w/w aktach prawnych) z potrzebami i oczekiwaniami mieszkańców województwa świętokrzyskiego oraz możliwo-

ściami Samorządu Województwa Świętokrzyskiego w zakresie realizacji zadań z obszaru ochrony zdrowia psychicznego.

Program składa się z sześciu głównych części.

Część 1 dokumentu stanowi diagnoza epidemiologiczna rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych oraz diagnoza stanu zasobów infrastrukturalnych i kadrowych psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Województwie Świętokrzyskim.

Część 2 to analiza SWOT w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dla województwa świętokrzyskiego.

Część 3 określa cele zgodne z kierunkami działań wskazanymi w następujących dokumentach krajowych: Narodowym Programie Zdrowia oraz Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Realizatorami działań określonych w tej części dokumentu są: Departament Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Kielcach oraz Wojewódzki Urząd Pracy w Kielcach.

Część 4 określa dla wszystkich podmiotów działającym na rzecz psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Województwie Świętokrzyskim, rekomendowane działania służące zwiększeniu dostępności i zmniejszeniu nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Część 5 wskazuje jako główne źródło finansowania środki unijne w ramach Europejskiego Funduszy Rozwoju Regionalnego oraz Europejskiego Funduszu Społecznego, wydatkowane zgodnie z Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 oraz ewentualne środki własne będące w dyspozycji Samorządu Województwa Świętokrzyskiego.

W części 6 określone zostały wskaźniki monitorujące realizację programu.

Koordynatorem realizacji działań wynikających z niniejszego dokumentu pozostaje, tak jak w poprzednich latach, Departament Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego we współpracy z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Kielcach oraz Wojewódzkim Urzędem Pracy w Kielcach.

REGIONALNY PROGRAM
OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO
DLA WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
NA LATA 2018 - 2022



Grafika na stronie tytułowej: <http://www.pitchvision.com>

Spis treści	3
Wprowadzenie	4
1. Diagnoza epidemiologiczna i zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej	11
1.1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w województwie świętokrzyskim	11
1.1.1. Wnioski z badania EZOP	11
1.1.2. Samobójstwa	17
1.1.3. Niepełnosprawność z powodu chorób psychicznych	26
1.1.4. Leczeni w poradniach zdrowia psychicznego	36
1.1.5. Leczeni w lecznictwie stacjonarnym	46
1.2. Prognoza zapadalności rejestrowanej na choroby psychiczne dla województwa świętokrzyskiego na lata 2020-2029	53
1.3. Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie świętokrzyskim	55
1.3.1. Poradnie zdrowia psychicznego	55
1.3.2. Zespoły leczenia środowiskowego	56
1.3.3. Lecznictwo stacjonarne	57
1.3.4. Zasoby kadrowe	59
1.4. Kompleksowość psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie świętokrzyskim	60
1.5. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa świętokrzyskiego w zakresie dotyczącym opieki psychiatrycznej	62
2. Analiza SWOT w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dla województwa świętokrzyskiego	64
3. Cele i zadania województwa wynikające z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022	65
4. Rekomendowane działania służące zwiększeniu dostępności i zmniejszeniu nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej opieki psychiatrycznej w województwie świętokrzyskim	69
5. Źródło finansowania i harmonogram realizacji	71
6. Monitorowanie	72
Piśmiennictwo	73
Spis tabel	74
Spis wykresów	76
Spis ilustracji	78

Wprowadzenie

Zdrowie psychiczne jest jednym z najważniejszych zasobów współczesnego społeczeństwa, jego utrzymanie i przywracanie jest nadal dużym wyzwaniem. W 1948 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała za niezbędne uchwalenie dokumentu, w którym oficjalnie wprowadza definicję zdrowia psychicznego i określa je, jako „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka”. W chwili obecnej ta definicja jest aktualna i w dalszym ciągu jest celem do osiągnięcia. WHO jednocześnie wskazuje, że brak rozpoznanej choroby psychicznej nie musi oznaczać zdrowia psychicznego¹, a to sprawia, że definicja zdrowia psychicznego nabiera dużo bardziej złożonego znaczenia. Według raportu WHO z 2001 r. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są chorobami dotykającymi ponad 25% ludzi w różnych okresach życia. Ich uniwersalny charakter sprawia, iż dotyczą wszystkich ludzi bez względu na płeć, miejsce zamieszkania czy też status materialny. W 2002 r. schorzenia neuropsychiatryczne były przyczyną jednej czwartej wszystkich przypadków chorób i przedwczesnych zgonów w Europie, przy czym depresja była drugą co do częstości przyczyną niepełnosprawności, tuż po niedokrwiennej chorobie serca². Z drugiej strony, gdyby najbardziej skutecznym, opartym na dowodach naukowych leczeniem objęto połowę wszystkich osób z depresją, zmniejszyłoby to obecne obciążenie tą chorobą tylko o mniej niż jedną czwartą. Istnieją dowody świadczące, że promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym może doprowadzić do zdrowia, zysków społecznych i ekonomicznych, zmniejszyć wykluczenie społeczne przy zwiększeniu wydajności ekonomicznej, może również ograniczyć ryzyko zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz zmniejszyć koszty opieki społecznej i zdrowotnej³.

Przemiany polityczno-ekonomiczne wywołują zmiany stylu życia, pracy, budowania więzi rodzinnych i społecznych, co sprawia, że zdrowie psychiczne wystawiane jest na ciągłe próby, którym coraz częściej nie można poddać.

¹ Dąbrowski K., *Zdrowie psychiczne*, PWN, Warszawa 1985.

² Jane-Llopis, E., Anderson, P.. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe*, Radboud University Nijmegen, Nijmegen 2005.

³ www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

W 2006 r. w Polsce pomocy w placówkach psychiatrycznych udzielono ok. 4% ludności (1,5 mln osób), w tym samym czasie w Europie z takiej pomocy skorzystało ok. 11%. Na tę różnicę składają się ograniczenia systemowe i społeczne. Z jednej strony dostępność do porad psychiatrycznych jest ograniczona, z drugiej – ze względu na miejsce osób chorych psychicznie w świadomości społecznej – zgoda i gotowość na korzystanie z tego typu porad jest niska⁴. Dlatego tak ważne jest zbudowanie optymalnego zintegrowanego systemu opieki i pomocy dla osób z chorobami psychicznymi.

Przedstawiony program ma na celu nie tylko skierowanie uwagi na potrzeby pacjentów, ale przede wszystkim ma unaocznic potrzebę zmiany modelu funkcjonowania środowiska specjalistów, tak by mogli zapoznać się z modelem leczenia środowiskowego, oswoić się z nim i zacząć świadomie stosować. Zdrowie jest dostępne poprzez zaangażowanie się środowiska w proces leczenia. Leczenie to nie tylko samo funkcjonowanie systemu opieki szpitalnej czy ambulatoryjnej. Decydująca w procesie leczenia jest jakość pomocy, jej rozumienie, znaczenie i wartość – na poziomie edukacji, jak też w relacji pacjent – specjalista.

W Polsce już od lat 70. jest realizowana reforma psychiatrii⁵. Korzenie reformy sięgają idei praw człowieka i obywatela w kontekście odniesienia do osób zdrowych psychicznie. Podstawowym założeniem reformy jest odejście od modelu lecznictwa opartego głównie o leczenie szpitalne w kierunku modelu leczenia środowiskowego⁶. W założeniu tym istnieje postulat deinstytucjonalizacji i dehospitalizacji, a także zerwania z izolacją osób chorych psychicznie. Postulat tej reformy jest niezmienny od lat, mianowicie istnieje potrzeba likwidacji dużych szpitali psychiatrycznych na rzecz małych i zlokalizowanych przede wszystkim blisko miejsca zamieszkania chorego pacjenta i jego rodziny. Zalecane jest tworzenie małych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych i tworzenie społeczności terapeutycznej.

⁴ Komisja Europejska, *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. European pro le of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH)*, The Institute of Mental Health, Nottingham 2013.

⁵ Słupczyńska-Kossobucka E., Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa*, [w:] Wiórka J. (red.), *Psychiatria*, t. 3, Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 507-525.

⁶ Dąbrowski S. i in., *Środowiskowe domy samopomocy jako forma oparcia społecznego*, *Psychiatr Pol* 1998, 32(4), s. 453-461.

Postulat związany z istnieniem i funkcjonowaniem społeczności terapeutycznej ma na celu porzucenie hierarchicznych struktur na rzecz bardziej poziomych i demokratycznych, które pozwolą na zaistnienie społeczności terapeutycznej, a nie tylko instytucji. Ten istotny postulat niesie idee traktowania pacjenta nie autorytarnie, ale z pozycji stylu opartego o kontakt. To kluczowa zmiana w podejściu, ponieważ specjalista pozostaje ekspertem, a nie decydem, zaś pacjent i jego rodzina staje się tym, który także jest odpowiedzialny za proces leczenia i staje się wtedy współuczestnikiem w procesie zdrowienia.

Aktualnie możemy obserwować część zmian, jakie przyniosła reforma. Głównie możemy zaobserwować już sprawnie wdrożoną ideę tzw. „otwartych drzwi”. Polega ona na tym, że pacjent w szpitalu ma wolne wyjścia, przepustki, ma dostęp do telefonu i swobodnej korespondencji. Są podejmowane liczne działania ze strony pomocy społecznej mające na celu integrację społeczną pacjenta⁷.

Jednak by jakikolwiek z postulatów mógł zostać zrealizowany, konieczne jest sprawne funkcjonowanie zespołów leczenia środowiskowego wraz z działającą społecznością terapeutyczną.

Model psychiatrycznego leczenia środowiskowego zintegrowany z opieką społeczną, jest obecnie jedyną potwierdzoną naukowo alternatywą leczenia opartego o biologiczny model opieki psychiatrycznej. Polega on na tworzeniu zespołu specjalistów leczenia psychiatrycznego, czyli tzw. zespołów leczenia środowiskowego (ZLŚ). Te zespoły są w stanie zapewnić świadczenia zdrowotne swoim pacjentom w środowisku społecznym. Jest to forma leczenia kierowana w szczególności do pacjentów:

- którzy zakończyli leczenie w oddziale całodobowym lub dziennym i wymagają dalszych, intensywnych oddziaływań psychoterapeutycznych, socjoterapeutycznych, farmakologicznych i rehabilitacyjnych;

⁷ Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, Post Psychiatr Neurol 2000, 9, s. 319-337.

- z którymi nie udało się uzyskać trwałej, efektywnej zmiany w leczeniu w warunkach oddziału szpitalnego lub poradni (tj. chorzy wielokrotnie hospitalizowani);
- którzy mają trudności w skorzystaniu z innych form leczenia, a forma leczenia środowiskowego daje najlepsze rezultaty.

Niepodważalnym argumentem świadczącym o skuteczności leczenia w zespole jest fakt, że zespół jest wieloprofesjonalny, czyli złożony ze specjalistów różnych profesji, o zróżnicowanym kierunkowo wykształceniu (np. lekarz, psycholog, pielęgniarka, pracownik socjalny i in.), ale pracujący wspólnie na rzecz tego samego pacjenta⁸. ZLS ma zasoby, aby świadczyć usługi dla dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi określonymi w klasyfikacji ICD-10 w kodach m.in. F00-F09; F20-F39 (tj. dla osób z zaburzeniami psychicznymi – przede wszystkim z rozpoznaniem: schizofrenia, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia depresyjne, zaburzenia psychiczne na podłożu organicznym i inne).

Działania ZLS, a tym samym środowiskowego modelu leczenia psychiatrycznego, mają na celu poprawienie jakości życia pacjentów, skupiając się na różnych aspektach szeroko rozumianego procesu zdrowienia (promocji zdrowego stylu życia, psychoedukacji, zapobieganiu nawrotom choroby np. poprzez monitorowanie stanu chorego i uwrażliwianie na zwiastuny nawrotu, tworzenie sieci wsparcia społecznego, uczenie umiejętności życiowych, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności interpersonalnych, mobilizowanie do podjęcia zatrudnienia).

Zadania związane z procesem zdrowienia realizowane są poprzez spotkania indywidualne lub grupowe z pacjentem w siedzibie zespołu, czasem w domu pacjenta. Zgodnie z teorią systemową rozumienia rodziny, w tym rodziny pacjenta (o ile nie narusza to jego praw i rodziny tj. o ile jest na to zgoda wszystkich), zespół ma kontakt z rodziną pacjenta, ponieważ ta jest integralną częścią życia pacjenta. Spotkania domowe są zazwyczaj prowadzone w bardzo konkretnych przypadkach tj. w początkowej fazie choroby lub

⁸ Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa: idea...* Post Psychiatr Neurol 2000, 9, s. 319-337.

okresowo – w momentach kryzysu psychicznego. Zespół specjalistów współpracuje ze środowiskiem pacjenta, z odpowiednimi placówkami leczniczymi (tj. szpital, poradnie itp.) oraz innymi instytucjami (np. OPS, WTZ, DPS i in.) i organizacjami społecznymi. Zespół leczenia środowiskowego znacząco przyczynia się do poprawy zdrowia poprzez ciągłość leczenia i wzmacnianie jego efektów. Celem pracy zespołu jest skrócenie czasu pobytu w oddziale całodobowym, a w niektórych wypadkach uniknięcie hospitalizacji i zapobieganie nawrotom choroby.

Z procesem leczniczym, prowadzonym zarówno w placówkach psychiatrycznego leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, jak i leczenia środowiskowego, zintegrowane są środowiskowe domy samopomocy (ŚDS). W placówkach tego typu pracują specjaliści z zakresu psychologii, pedagogiki, pracy socjalnej i terapii zajęciowej, posiadający wiedzę oraz umiejętności odpowiadające rodzajowi i zakresowi usług świadczonych w ŚDS. Leczenie prowadzone jest przez osoby objęte pomocą placówki, we własnym zakresie. W zajęciach uczestniczą dwie odrębne grupy – osoby chore psychicznie i osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Każda z tych grup potrzebuje innych form pomocy środowiskowej, leczenia i metod terapii. Dlatego placówki dla nich dzielą się na dwa odrębne typy. Indywidualny plan postępowania wspierająco-aktywizującego jest realizowany w porozumieniu z uczestnikiem lub jego opiekunem. Stosowane formy pomocy nastawione są na działanie krótko- i długoterminowe, wspomagające rozwój i funkcjonowanie tych osób w środowisku własnym.

Cele realizowane w ŚDS:

- rehabilitacja przywracająca uczestnikowi zdolność do życia we własnym środowisku społecznym,
- wdrażanie do osiągania optymalnego poziomu samodzielności w podstawowych sferach życia,
- zmniejszenie liczby i intensywności nawrotów choroby i zapobieganie społecznej dekompensacji,
- monitorowanie sytuacji uczestnika w rodzinie, szerszym środowisku społecznym,

- przeciwdziałanie izolacji społecznej chorego,
- stworzenie szansy dla uczestników na podjęcie pracy w ramach miejsc pracy chronionej.

Środowiskowe domy samopomocy współpracują z rodzinami, z ośrodkami pomocy społecznej oraz centrami pomocy rodzinie (CPR), z zakładami opieki zdrowotnej, z urzędami pracy (UP), organizacjami pozarządowymi, kościołami, ośrodkami kultury, placówkami oświatowymi, warsztatami terapii zajęciowej, zakładami aktywizacji zawodowej, spółdzielniami socjalnymi i innymi podmiotami działającymi na rzecz integracji społecznej uczestników. Rezultaty korzystania z oferty środowiskowego domu samopomocy mogą w dłuższej perspektywie stać się punktem wyjścia do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego, podjęcia pracy lub uzupełnienia wykształcenia.

Reasumując, zgodnie z koncepcją zdrowienia w lokalnym środowisku powinien funkcjonować holistyczny model pomocy dla pacjenta, w którym specjalistyczne ośrodki tworzą system interwencji i wsparcia zbliżony do pozapsychiatrycznego sposobu leczenia⁹. Osoby korzystające z proponowanego modelu nie rezygnują z aktywności życiowej, jest wręcz przeciwnie. Część z nich zdrowieje, pozostali zyskują dostęp do wsparcia środowiskowego pozwalającego na zaakceptowanie choroby, to zaś pozwala im na aktywne funkcjonowanie. Badania pilotażowe satysfakcji pacjentów i ich rodzin z opieki środowiskowej, prowadzone przez zespół dr n. med. Katarzyny Prot, kierownika Centrum Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, wykazały, że „wśród respondentów, zarówno pacjentów, jak i członków rodzin, poziom satysfakcji z usług warszawskich ośrodków środowiskowych jest wysoki. Pacjenci z mniej nasilonymi objawami chorobowymi są bardziej usatysfakcjonowani pracą ww. ośrodków”¹⁰.

Dodatkowo warto przytoczyć raport sporządzony przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, w którym czytamy, że „poradnie zdrowia psychicznego muszą wychodzić do społeczeństwa, prowadzić otwarte grupy edu-

⁹ Davidson L. i in., *Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives*, Schizophr. Bull. 2008, 34, s. 5–8.

¹⁰ Prot K. i in., *Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej – badanie pilotażowe*, Psychiatr Pol 2011, 45(6), s. 799-809.

cyjne – spotkania ze specjalistami, prelekcje związane ze zdrowiem psychicznym (...) nagłaśniane w miejscach publicznych. Prowadzenie takich działań pozwoli na aktywne poszukiwanie osób, które potrzebują wsparcia specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Mogą być ponadto elementem włączania chorych w życie lokalnego społeczeństwa”¹¹.

Wiele raportów, badań, światowych rekomendacji jednoznacznie wskazuje na potrzebę wdrażania i aktywnego stosowania modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej. Ważne jest, by wszyscy - zarówno decydenci, specjaliści i rodziny, i sami pacjenci - pamiętali o tym, że regionalny program ochrony zdrowia psychicznego powstaje po to, by wyjść naprzeciw konkretnym ludziom i ich rodzinom. Jesteśmy zobowiązani pamiętać o ludziach, którzy muszą zmagać się z trudnościami i specyfiką swojej choroby, musimy pamiętać, że są oni bardziej narażeni na wykluczenie i zaniedbanie społeczne oraz na dyskryminację.

Kolejnym interesującym zagadnieniem jest niski dostęp do opieki psychiatrycznej. Bardzo istotną barierą ograniczającą dostęp pacjentów do opieki psychiatrycznej są niedobory lekarzy psychiatrów. Obecnie w Polsce jest 4 275 specjalistów psychiatrii, z czego aktywnie wykonuje zawód 3 976 psychiatrów¹². W poszczególnych województwach dostępność do opieki psychiatrycznej jest bardzo zróżnicowana. Województwo świętokrzyskie ma jedną z najniższych w Polsce liczbę psychiatrów (84), co w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców daje to współczynnik 6,7. Dla porównania w Polsce wskaźnik ten wynosi 7,00/100 tys.¹³ Z poziomu działań województwa nie jest możliwe zwiększenie liczby psychiatrów pracujących w zawodzie, gdyż w większości są oni zatrudniani w formach finansowanych z NFZ. Jest natomiast możliwe uatrakcyjnienie poszczególnych powiatów i gmin jako miejsca wykonywania zawodu w sposób, który przyciągnąłby specjalistów.

¹¹ Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Raport „Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce”, 2008, s. 18.

¹² Raport „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na 2016-2020 – Rekomendacje, Obywatelska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego”, pod red. prof. B. Łozy i J. Gryglewicza.

¹³ Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach, „Sytuacja zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie świętokrzyskim za 2016 rok”, Kielce 2017.

1. Diagnoza epidemiologiczna i zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej

1.1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w województwie świętokrzyskim

1.1.1. Wnioski z badania EZOP

Zgodnie z prowadzonymi od początków XXI wieku w różnych krajach badaniami¹⁴ epidemiologicznymi okazuje się, że od jednej czwartej do jednej trzeciej osób w populacji ma w danym roku jakąś formę zaburzeń psychicznych. Wskaźniki dotyczące krajów europejskich opublikowane w 2011 roku wskazują nawet na jeszcze wyższy odsetek, bo 38,2%, co odpowiada liczbie 164,8 milionów osób¹⁵. Około 10-20% wszystkich przypadków może zostać ocenionych jako przejawiające ciężkie zaburzenia i najczęściej są to osoby, u których współwystępują różne zaburzenia psychiczne, a ich przebieg ma charakter przewlekły¹⁶. Najczęstszym rodzajem zaburzeń występujących w populacji są zaburzenia lękowe, na które cierpi przeciętnie co szоста osoba. Jedna osoba na dziesięć boryka się z zaburzeniami nastroju, głównie z depresją. Około 7% osób cierpi na bezsenność, zaś uzależnienia to problem dotyczący ponad 4% populacji¹⁷. W wielu przypadkach łączy się to z istotnym pogorszeniem jakości życia, upośledzeniem funkcjonowania i może prowadzić do powstania niepełnosprawności. Zaburzenia psychiczne i choroby neurologiczne odpowiadają łącznie za 1/4 wszystkich przyczyn niepełnosprawności. W zależności od wieku badanych różne choroby dominują. Z niepełnosprawnością w największym stopniu wiążą się cztery kategorie chorób: depresje, otępienia, uzależnienie od alkoholu i udar¹⁸.

Na terenie Polski ocena stanu zdrowia psychicznego dotychczas prowadzona była na podstawie liczby osób objętych leczeniem szpitalnym lub ambulatoryjnym oraz pozostałymi formami, w ramach sprawozdawstwa jednostek

¹⁴ Komisja Europejska, *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. European pro le of prevention and promotion of mental health* (EuroPoPP-MH), The Institute of Mental Health, Nottingham 2013.

¹⁵ Za: Kessler i in., 2005; Moskalewicz i in., 2012; Wittchen i in., 2011.

¹⁶ Za: Kessler i in., 2005; Wittchen i in., 2011.

¹⁷ Za: Kesler i in., 2005; Wittchen i in., 2011.

¹⁸ Za: Za: Whiteford i in., 2013; Wittchen i in., 2011.

świadczących pomoc w obszarze zdrowia psychicznego. Informacje te odnosiły się jedynie do osób, które korzystają lub korzystały już z pomocy. W tym aspekcie warto przyjrzeć się problemowi zgłoszeń do placówek psychiatrycznych, których w 2011 r. było ok. 1,5 mln¹⁹. Wielkość populacji wymagającej pomocy w zakresie problemów zdrowia psychicznego to (według badania epidemiologicznego EZOP) co najmniej 6 mln osób²⁰. Na tej podstawie możemy ocenić, że z pomocy psychiatrycznej w Polsce korzysta ok. 25% osób potrzebujących. Nie jest możliwe, aby system ochrony przypadku Polski jest to wskaźnik zbyt niski, można oczekiwać²¹, iż objętych zdrowia psychicznego objął wszystkie przypadki osób z zaburzeniami. Jednak w opieką powinno być co najmniej 80% osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak otępienie czy schizofrenia, a także co najmniej 33-50% osób z depresją lub problemami uzależnienia.

Wg badania EZOP, województwo świętokrzyskie zaliczało się w roku 2011 do województw, które charakteryzują się najwyższym rozpowszechnieniem występowania zaburzeń psychicznych w populacji w wieku 18-64 lata. Na pierwszym miejscu było województwo łódzkie ze wskaźnikiem wynoszącym 29,3%, co po oszacowaniu daje liczbę ponad pół miliona osób; na drugim – świętokrzyskie ze wskaźnikiem wynoszącym 27,8%, czyli około 217 tys. osób, oraz województwo lubuskie również ze wskaźnikiem wynoszącym 27,8%, co w tym przypadku daje liczbę 183 tys. osób.

Badanie EZOP było pierwszym w Polsce badaniem epidemiologicznym zaburzeń psychicznych przeprowadzonym zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia, które umożliwia estymację liczby chorych z wybranymi zaburzeniami dla populacji mieszkańców województwa.

Na podstawie średnich wskaźników rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski w wieku 18-64 lata określonych w badaniu EZOP oraz na podstawie liczebności populacji województwa świętokrzyskiego wg stanu na dzień 31 grudnia 2017 r, wykonano estymację, której wyniki

¹⁹ Rzecznik Praw Obywatelskich, Raport „Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania plany, bariery i dobre praktyki”, 2014.

²⁰ Za: Moskalewicz i in. 2012.

²¹ Za: Straathdee i Thornicroft, 1997.

prezentuje poniższa tabela.

Tabela 1. Wybrane zaburzenia badane w ramach programu EZOP i estymowana liczba mieszkańców województwa świętokrzyskiego dotkniętych chorobą.

Grupa zaburzeń	Szczegółowe rozpoznanie	Odsetki (CI95%)	Szacowana liczba osób dotkniętych zaburzeniem	Dolna granica szacowanej liczby osób dotkniętych zaburzeniem	Górna granica szacowanej liczby osób dotkniętych zaburzeniem
Zaburzenia nerwicowe	Agorafobia	0,6 (0,5-0,7)	4 893	4 078	5 709
	Uogólnione zaburzenia lękowe	1,1 (1,0-1,3)	8 972	8 156	10 603
	Napady paniki	0,4 (0,3-0,5)	3 262	2 446	4 078
	Fobie specyficzne	1,8 (1,5-2,0)	14 681	12 234	16 312
	Fobie społeczne	4,3 (3,9-4,6)	35 072	31 809	37 519
	PTSD	1,1 (0,8-1,5)	8 972	6 525	12 234
	Neurastenia	1,0 (0,8-1,2)	8 156	6 525	9 787
	Ogółem zaburzenia nerwicowe	9,6 (8,9-10,3)	78 301	72 591	84 010
Zaburzenia nastroju (afektywne)	Depresja	3,0 (2,7-3,3)	24 469	22 022	26 916
	Dystymia	0,6 (0,5-0,8)	4 893	4 078	6 525
	Mania	0,4 (0,3-0,5)	3 262	2 446	4 078
	Ogółem zaburzenia nastroju	3,5 (3,2-3,8)	28 547	26 100	30 994
Zaburzenia impulsywne	Zaburzenia opozycyjno-buntownicze	0,2 (0,1-0,4)	1 631	815	3 262
	ADHD	0,0 (0,0-0,1)	<815	<815	815
	Zaburzenia zachowania	2,4 (2,0-2,8)	19 575	16 312	22 837
	Zaburzenia eksplozywne	0,8 (0,7-1,0)	6 525	5 709	8 156
	Ogółem zaburzenia impulsywne	3,5 (3,1-4,0)	28 547	25 284	32 625
Zaburzenia związane z używaniem substancji	Nadużywanie alkoholu, w tym:	11,9 (10,9-12,9)	97 061	88 904	105 217
	uzależnienie od alkoholu	2,4 (2,0-2,9)	19 575	16 312	23 653
	Nadużywanie narkotyków, w tym	1,4 (1,2-1,8)	11 418	9 787	14 681
	uzależnienie od narkotyków	0,3 (0,2-0,4)	2 446	1 631	3 262
	Ogółem zaburzenia związane z używaniem substancji	12,8 (11,8-13,8)	104 401	96 245	112 558
Ogółem przynajmniej jedno zaburzenie, w tym:		23,4 (22,2-24,7)	190 860	181 071	201 463
dwa zaburzenia i więcej		5,7 (5,2-6,3)	46 491	42 413	51 385
trzy zaburzenia i więcej		0,9 (0,8-1,1)	7 340	6 525	8 972

Źródło: Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska

W badaniu EZOP stwierdzono, że w badanej populacji mieszkańców Polski przynajmniej jedno zaburzenie, z osiemnastu definiowanych w klasyfikacjach

(ICD-10 i DSM-IV), można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% osób. Po ekstrapolacji na populację mieszkańców województwa świętokrzyskiego daje to od 181 071 do 201 463 osób kwalifikowanych do objęcia procesem leczenia.

Do najczęściej występujących na terenie województwa należą zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (12,8% badanej populacji, co w skali województwa określić można liczbą od 96 245 do 112 558 mieszkańców). Kolejna grupa zaburzeń pod względem rozpowszechnienia to zaburzenia nerwicowe – na różne ich postacie cierpi szacunkowo od 72 591 do 84 010 mieszkańców województwa.

Zaburzenia nastroju – depresja, dystymia i mania – łącznie rozpoznawano u 3,5% respondentów w badaniu, co przy ekstrapolacji wyników umożliwia oszacowanie liczby osób dotkniętych tymi problemami na od 261 00 do 30 994 mieszkańców. Depresja, niezależnie od stopnia jej ciężkości, zgłaszana była przez 3% badanych. Impulsywne zaburzenia zachowania (zaburzenia opozycyjno-buntownicze i zachowania eksplozywne), które mogą sygnalizować lub poprzedzać szereg innych stanów klinicznych, występują szacunkowo u od 25 284 do 32 625 mieszkańców.

W prowadzonych badaniach EZOP na dużej próbie badawczej oprócz zaburzeń zdefiniowanych według kryteriów ICD-10 i DSM-IV udało się oszacować rozpowszechnienie wielu objawów, które nie są wystarczające do postawienia diagnozy, ale obniżają jakość życia i mogą zwiastować pojawienie się zaburzeń. W przypadku województwa świętokrzyskiego grupa ta mieści się w przedziale pomiędzy 162 231 a 244 301 mieszkańców, u których występują stany obniżenia nastroju i aktywności, swoiste objawy unikania, przewlekły lęk, drażliwość. Również dość często (kilkanaście procent populacji) ujawniane są lęki napadowe i społeczne, napady złości, a względnie rzadko (kilka procent) inne stany, np. agorafobia, hipomania, trudności w koncentracji połączone z nadmierną ruchliwością. Większość tych problemów częściej ujawniają kobiety niż mężczyźni.

Spośród analizowanych dotychczas czynników społeczno-demograficznych wpływających na ryzyko wystąpienia zaburzeń według wyników programu

EZOP największą rolę przypisać można tym, które dotyczą wsparcia społecznego. Trzeba jednak zastrzec, że uchwycenie związku przyczynowego między tymi czynnikami a zaburzeniami zdrowia psychicznego nie jest na tym etapie analizy możliwe. Ważnym, jeśli nie decydującym, czynnikiem ryzyka jest brak zatrudnienia, który obejmuje nie tylko bezrobotnych, ale także w pierwszym rzędzie rencistów, emerytów oraz gospodynie domowe. Zatrudnienie w tym kontekście jest nie tylko źródłem utrzymania, ale być może przede wszystkim – źródłem społecznego wsparcia.

Istotny czynnik chroniący to małżeństwo. Osoby, które straciły partnera, czy to przez rozwód czy śmierć współmałżonka, mają wyższe niż przeciętne ryzyko doświadczania zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń depresyjnych, lękowych, a także tendencję do zaburzeń zachowania. Większym ryzykiem zaburzeń psychicznych obciążeni są mieszkańcy dużych miast, szczególnie kobiety.

Cytowanymi powyżej badaniami objęto również problem dostępności wsparcia społecznego. W licznych badaniach udowodniono, iż osoby z niskim wsparciem społecznym częściej zapadają na wiele chorób fizycznych i psychicznych²². Wsparcie społeczne stanowi jedną z form mechanizmu radzenia sobie (coping) z krytycznymi wydarzeniami życiowymi i może zachodzić przede wszystkim w grupach odniesienia, zwłaszcza w rodzinie i grupach rówieśniczych. Warunkiem podstawowym i koniecznym wystąpienia interakcji wsparcia jest obiektywne istnienie sieci społecznych, z którymi powiązana jest jednostka lub które są dla niej dostępne, np. rodzina, grupa koleżeńska, towarzyska czy samopomocowa, stowarzyszenie, instytucje pomocy społecznej, konsultacji i doradztwa. Według własnej oceny w sytuacji borykania się z poważnym problemem 36% osób badanych w wieku od osiemnastu do sześćdziesięciu czterech lat może liczyć na pomoc rodziny, natomiast więcej niż co czwarty (27%) na taką pomoc liczyć nie może. Mniej niż jedna trzecia badanych może rozmawiać bardzo otwarcie o swoich problemach z członkami rodziny. Według badań EZOP kobiety mogą liczyć na wsparcie w znacznie większym stopniu niż mężczyźni. Co czwarty mężczyzna (25%) i prawie co

²² Za: Leavy, 1983; Berkman, 1984; Pommersbach, 1988.

piąta kobieta (18%) w trudnych sytuacjach nie mogą liczyć na wsparcie rodziny. Wsparcia ze strony przyjaciół i znajomych badani spodziewają się w mniejszym stopniu niż wsparcia rodziny. Mniej niż co piąty dorosły może liczyć na pomoc przyjaciół i znajomych, a 37% na taką pomoc liczyć nie może. W przypadku mężczyzn wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem odsetek tych, którzy nie mogą liczyć na wsparcie przyjaciół. Wśród najstarszych mężczyzn odsetek ten osiąga wartość 40%, co czyni z tej grupy wiekowej najbardziej zagrożoną ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych lub spadkiem jakości życia.

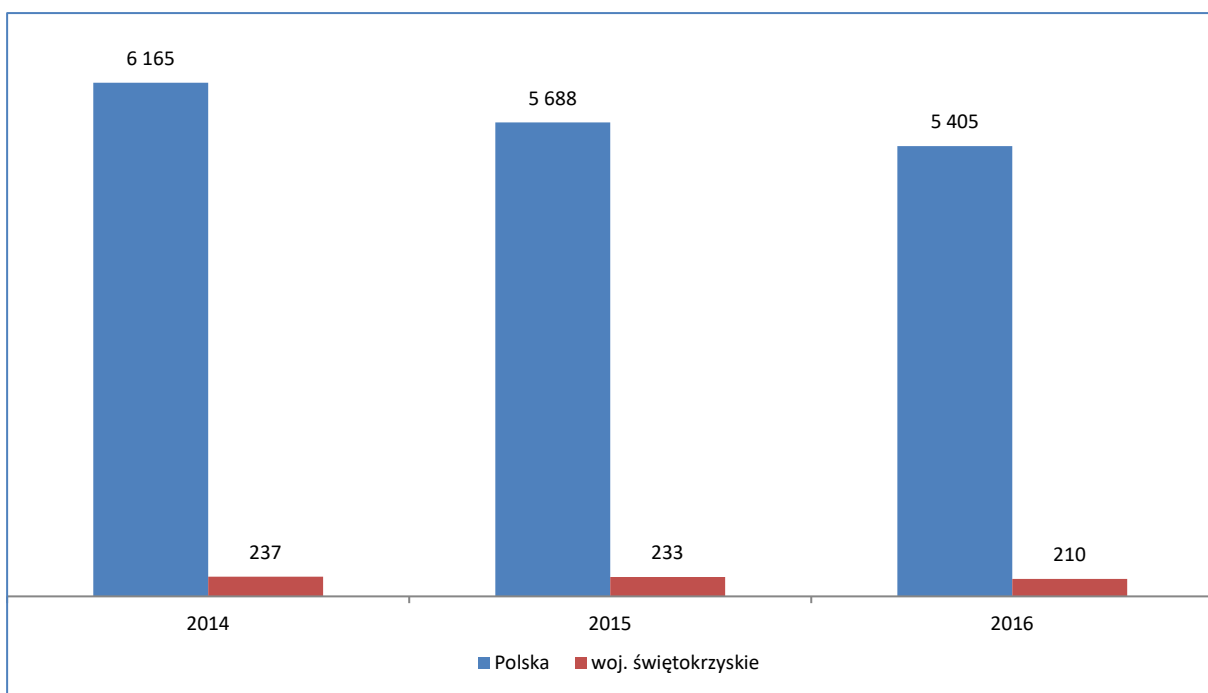
Podsumowanie

W badaniu EZOP, województwo świętokrzyskie zostało zaliczone do grona województw, w których zaburzenia psychiczne należą do najbardziej rozpowszechnionych.

Głównymi grupami zaburzeń psychicznych występujących w województwie świętokrzyskim są zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia nerwicowe, zaburzenia nastroju (np. depresja) oraz zaburzenia impulsywne (np. zaburzenia zachowania).

1.1.2. Samobójstwa

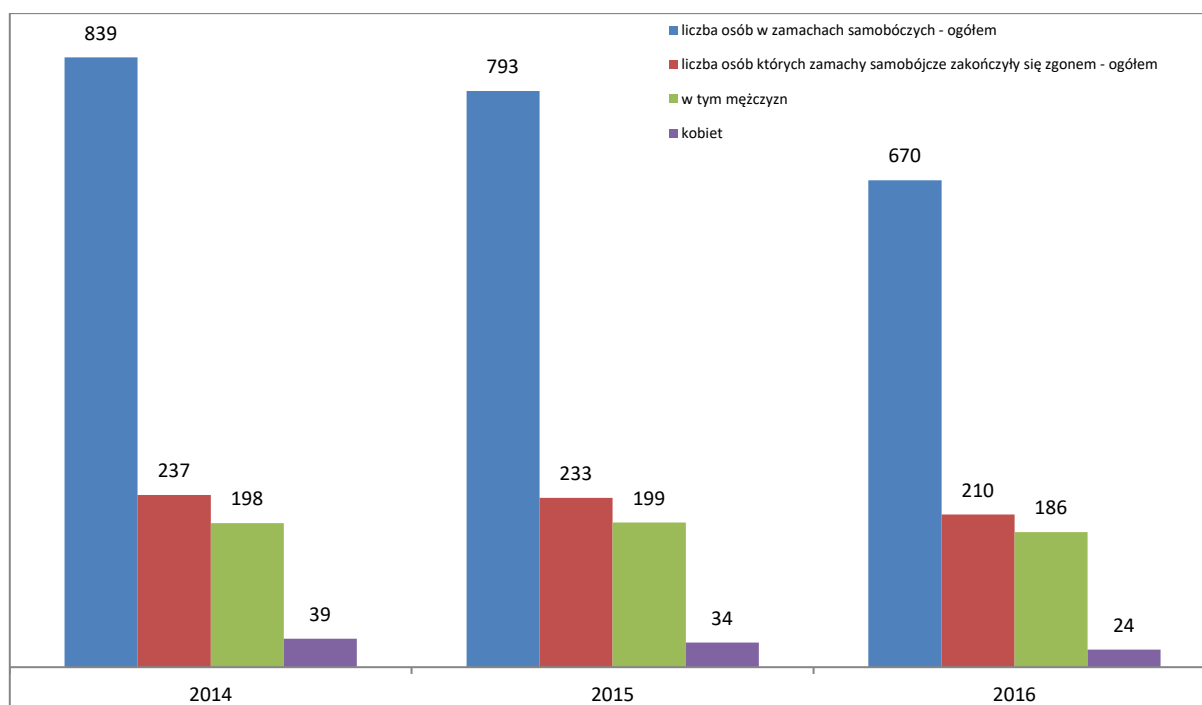
Badanie EZOP potwierdziło istnienie problemu samobójstw w Rzeczypospolitej Polskiej jako istotnego problemu zdrowotnego w społeczeństwie. Dane uzyskane w badaniu są znacznie bardziej niepokojące niż statystyki Policji. Badanie wykazało, że 0,7% mieszkańców naszego kraju w wieku produkcyjnym ma za sobą zdarzenie, które można zakwalifikować jako próbę samobójczą. Ekstrapolacja wyników badania na naszą populację pozwala szacować liczbę osób mających za sobą próbę samobójczą na 189 tysięcy.



Wykres 1. Liczba osób, których zamachy zakończyły się zgonem w latach 2014 - 2016²³

Z analizy powyższego wykresu wynika, że na przestrzeni lat 2014-2016 średnio co 25 zamach samobójczy zakończony zgonem dotyczył województwa świętokrzyskiego.

²³ <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/122324,Zamachy-samobojcze-od-2013-roku.html> [dostęp na dzień 25.05.2017r.]



Wykres 2. Liczba osób uczestniczących w zamachach samobójczych w województwie świętokrzyskim w latach 2014 – 2016 (wg danych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Kielcach)

Z analizy powyższego wynika, że największa liczba zamachów samobójczych była w 2014 r. - 237 (w tym 198 mężczyzn i 39 kobiet). W kolejnych latach ilość samobójstw spada.

Rośnie odsetek mężczyzn, których próby samobójcze kończą się zgonem. Tendencja udziału mężczyzn w zamachach samobójczych zakończonych zgonem w rozpatrywanym okresie była wzrostowa. Można przyjąć, iż w latach 2014 - 2016 średnio co trzecia próba samobójcza kończyła się zgonem. Liczba zgonów z tego powodu utrzymywała się na zbliżonym poziomie.

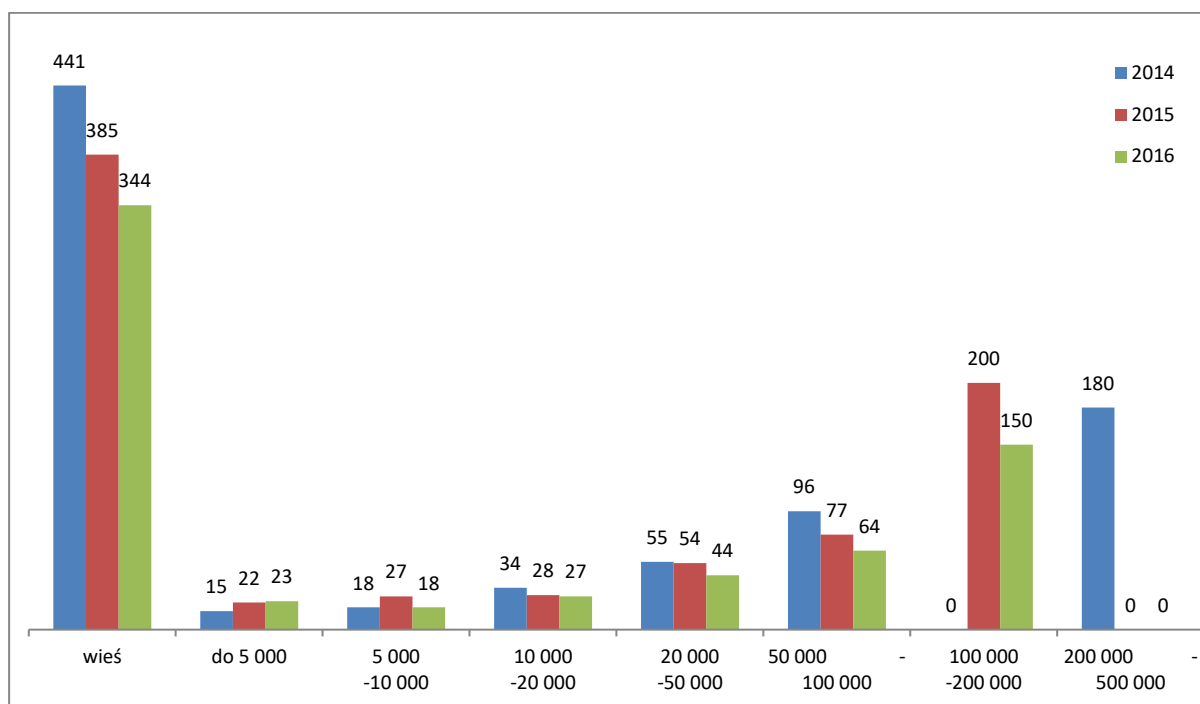
Tabela 2. Liczba osób w zamachach samobójczych w poszczególnych powiatach województwa świętokrzyskiego w latach 2014 - 2016

Komenda powiatowa policji	Liczba osób w zamachach samobójczych		
	2014	2015	2016
KMP w Kielcach	370	350	299
KPP w Busku - Zdroju	47	62	49
KPP w Jędrzejowie	25	27	18
KPP w Kazimierzy Wielkiej	23	20	15
KPP w Końskich	31	20	27
KPP w Opatowie	35	26	29

KPP w Ostrowcu Świętokrzyskim	57	69	59
KPP w Pińczowie	21	12	9
KPP w Sandomierzu	28	44	23
KPP w Skarżysku – Kamiennej	65	70	56
KPP w Starachowicach	82	55	47
KPP w Staszowie	31	24	23
KPP we Włoszczowie	24	14	16
Razem	839	793	670

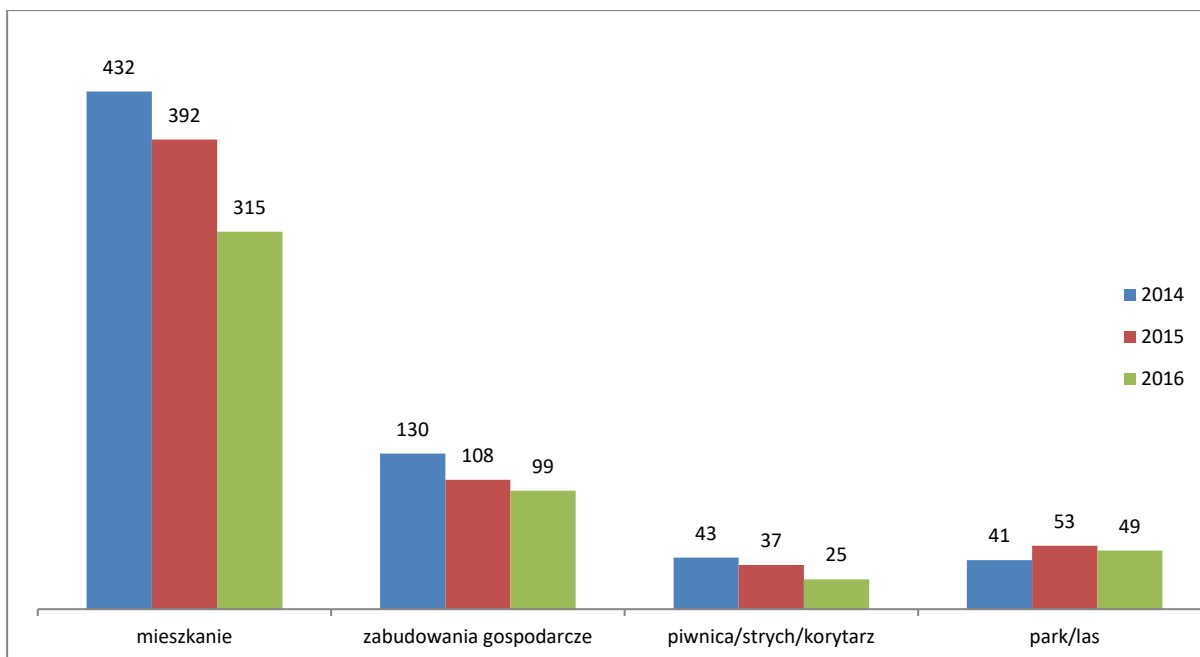
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KWP w Kielcach

W roku 2016, największą liczbę osób dokonujących zamachów samobójczych odnotowano w: KMP w Kielcach, KPP w Busku – Zdroju, KPP w Ostrowcu Świętokrzyskim, KPP w Skarżysku – Kamiennej oraz KPP w Starachowicach.



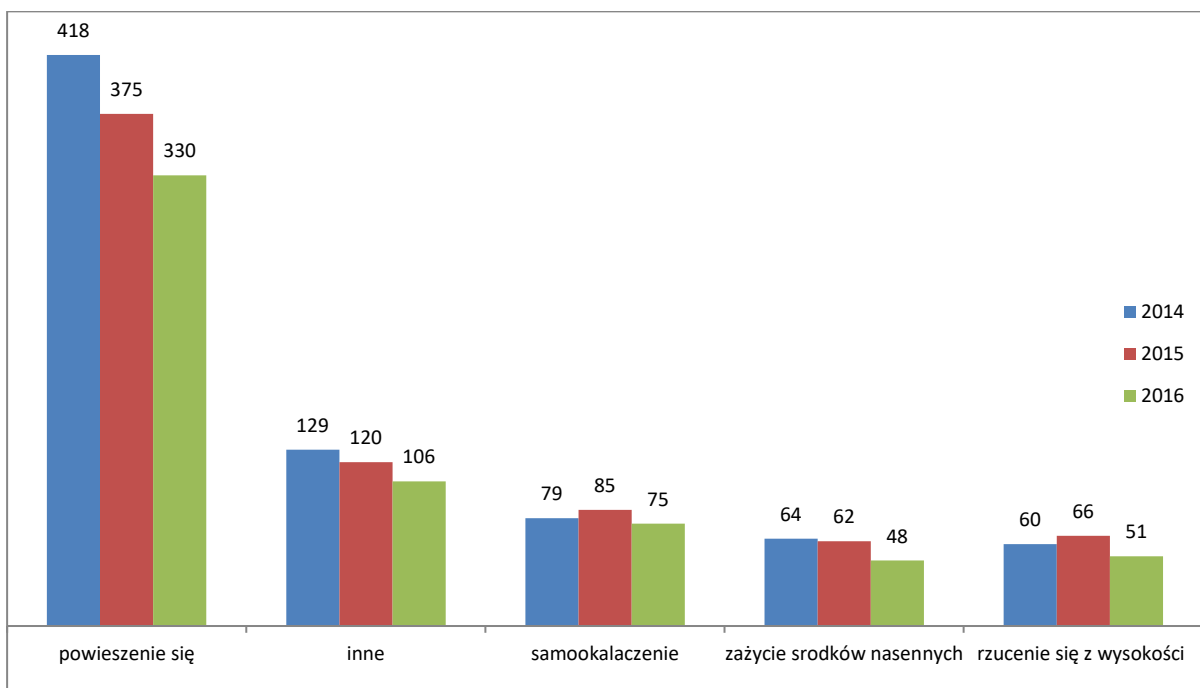
Wykres 3. Liczba zamachów samobójczych w województwie świętokrzyskim w latach 2014 – 2016 w zależności od miejsca zamieszkania zamachowca (wg KWP w Kielcach)

W analizowanym okresie widać, że najwięcej zamachów samobójczych dokonali mieszkańcy wsi. Problem dotyczy również większych aglomeracji, zwłaszcza w przedziale 100 000 - 200 000 mieszkańców.



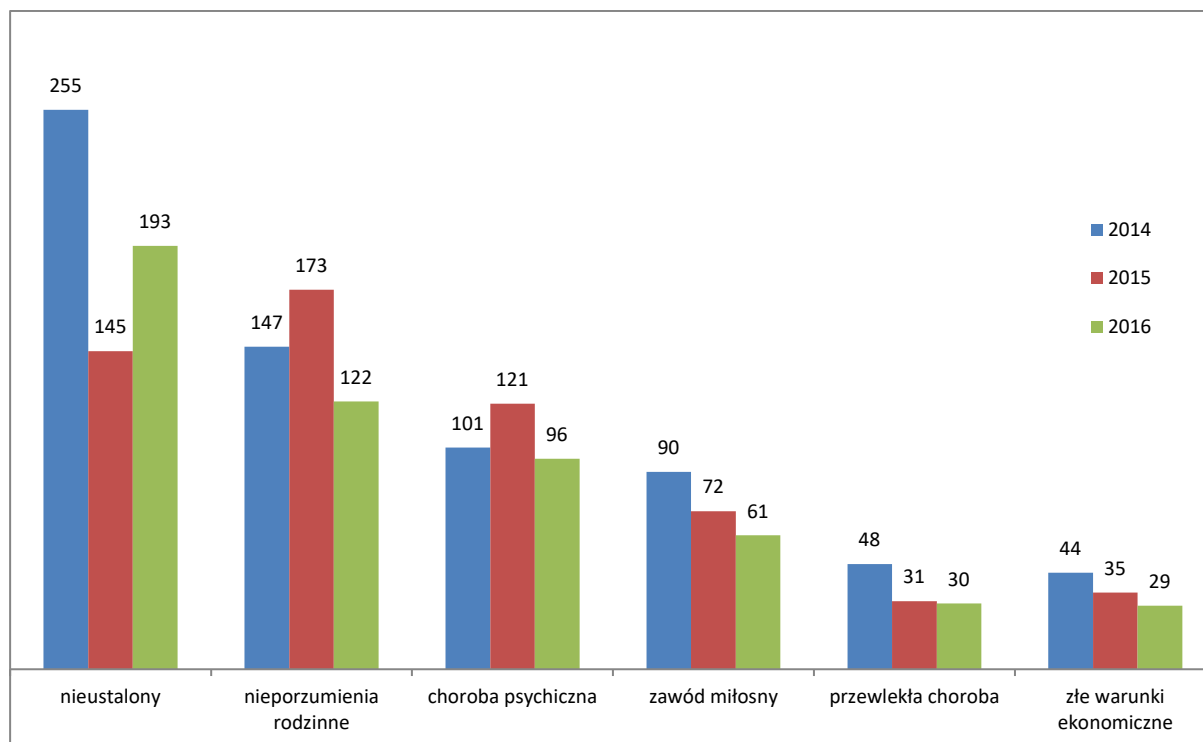
Wykres 4. Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014 – 2016 w zależności od miejsca popełnienia zamachu (wg KWP w Kielcach)

Najczęściej zamachy popełniane były w domu i w zabudowaniach gospodarczych, w mniejszym stopniu w parku, lesie, piwnicy, strychu lub korytarzu. Zdarzały się również takie miejsca jak: droga, jednostka wojskowa, miejsce prawnej izolacji, placówka lecznicza lub sanatoryjna, rzeka, teren kolei, zakład pracy.



Wykres 5. Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014 – 2016 w zależności od sposobu popełnienia zamachu (wg KWP w Kielcach)

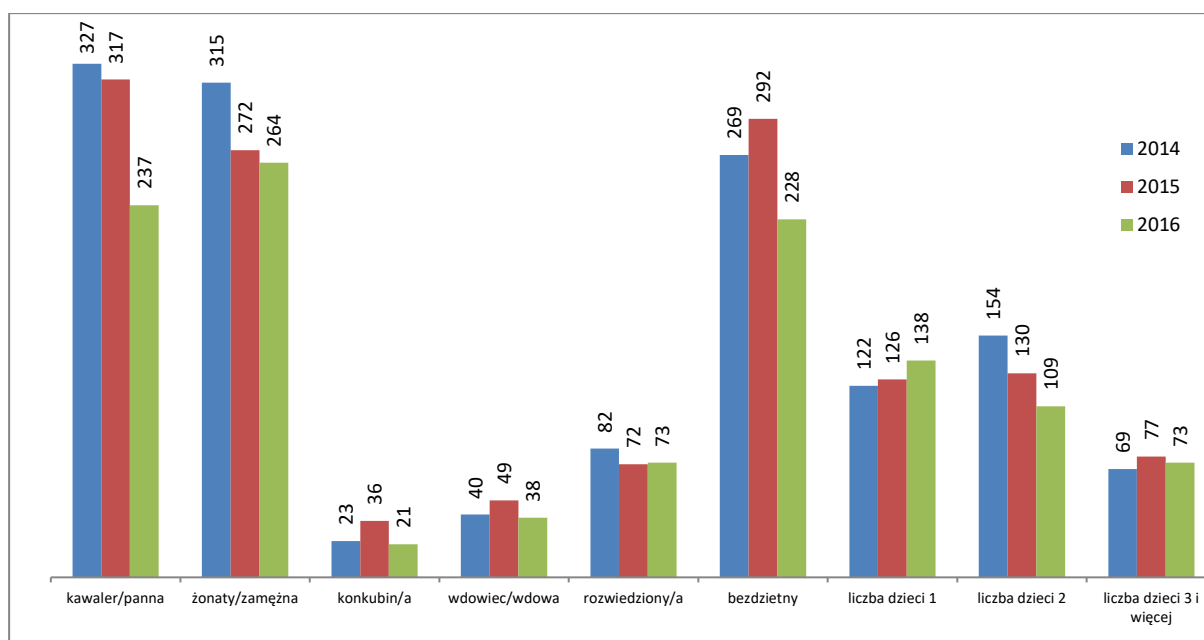
Zamachy samobójcze najczęściej dokonywane były poprzez powieszenie się oraz w innych formach, których nie podano. Odnotowywano również następujące formy samobójstw: zastrzelenie się, utopienie się, rzucenie się pod pojazd w trakcie jego ruchu, otrucie gazem, zażycie trucizny oraz samookaleczenie.



Wykres 6. Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014 – 2016 w zależności od przyczyn popełnienia zamachu (wg KWP w Kielcach)

Najczęściej przyczyny popełnianych samobójstw pozostają nieustalone. Spośród rozpoznanych przyczyn samobójstw do najczęściej występujących należały: nieporozumienia rodzinne, choroby psychiczne oraz zawód miłosny. W mniejszym stopniu przyczyną były przewlekłe choroby na równie ze złymi warunkami ekonomicznymi.

Innymi notowanymi przyczynami samobójstw były: problemy szkolne, nagła utrata źródła utrzymania, dokonanie przestępstwa lub wykroczenia, niepożądana ciąża, śmierć bliskiej osoby.

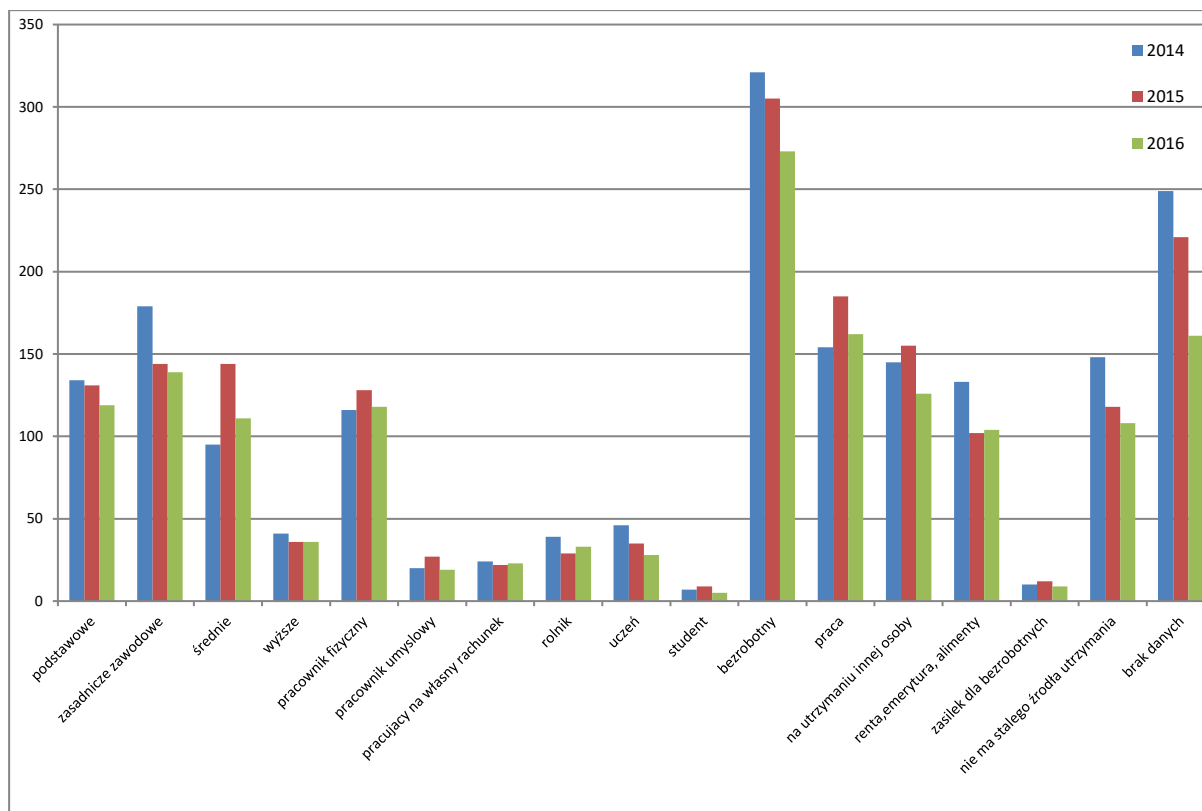


Wykres 7. Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014 – 2016 w zależności od sytuacji rodzinnej osoby dokonującej zamachu (wg KWP w Kielcach)

Problem samobójstw występował bez względu na stan cywilny i dotyczył zarówno osób zamężnych/żonatych posiadających dzieci jak i kawalerów i pannen. Diagram wskazuje również, że bezdzietność może być czynnikiem wyzwalającym próby zamachów samobójczych. Nieco mniej niż z wyżej wymienionych powodów zamachy samobójcze podejmują osoby posiadające 1 lub 2 dzieci. Dla porównania, z danych wynika, że osoby posiadające 3 i więcej dzieci rzadziej podejmują próby samobójcze.

Na kolejnym wykresie przedstawiono rozkład liczby samobójstw dokonanych w województwie świętokrzyskim, w rozbiciu na wykształcenie i status zawodowy zamachowca.

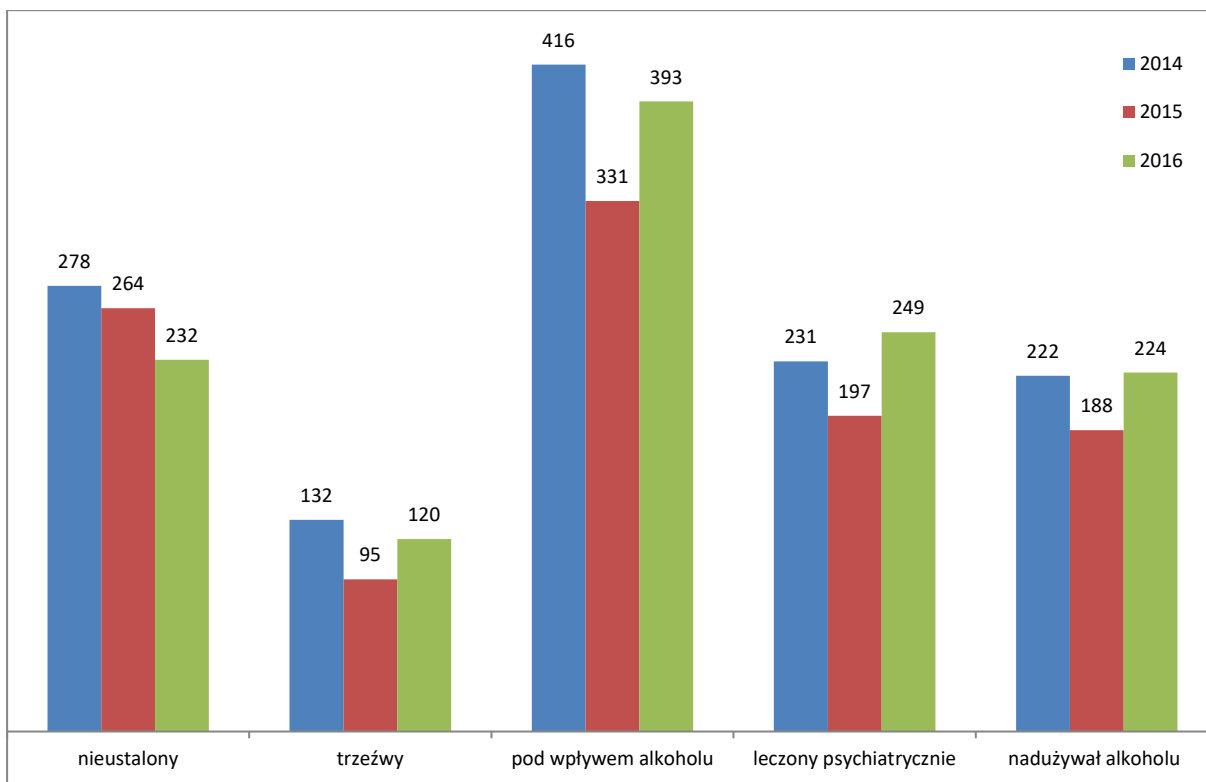
Wyraźnie widać, że głównym czynnikiem wyzwalającym podejmowanie zamachów samobójczych jest bezrobocie. W równym stopniu próby samobójcze podejmują osoby z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim, zdecydowanie mniej z wykształceniem wyższym. Najmniejsze tendencje do zachowań samobójczych wykazują grupy studentów i osób pobierających zasiłek dla bezrobotnych. Drugą liczną grupę z tendencjami samobójczymi stanowią osoby o niestabilnym statusie ekonomiczno – społecznym.



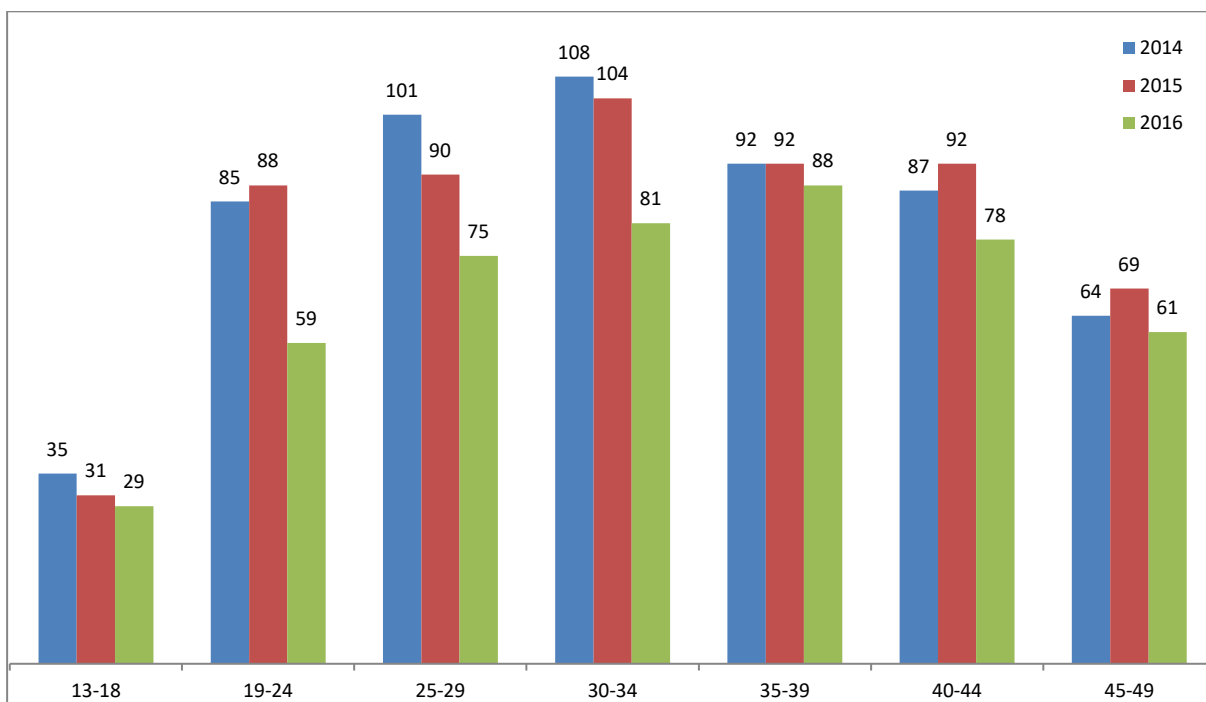
Wykres 8. Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014 – 2016 w zależności od wykształcenia i sytuacji zawodowej osoby dokonującej zamachu (wg KWP w Kielcach)

Kolejny wykres prezentuje rozkład liczby samobójstw w zależności od stwierdzonego stanu świadomości zamachowca w chwili popełniania czynu.

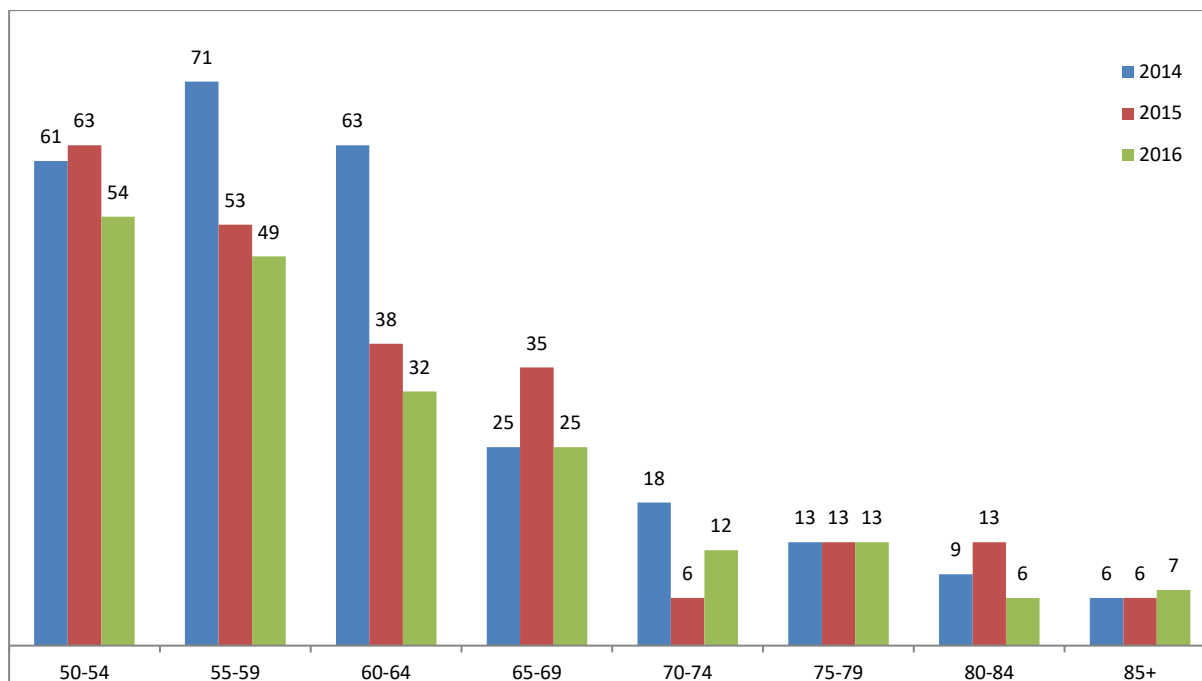
Najwięcej prób samobójczych odnotowuje się wśród osób będących pod wpływem alkoholu oraz w mniej więcej równym stopniu, wśród osób leczonych psychiatrycznie, nadużywających alkoholu i w nieustalonych stanach świadomości. Można wnioskować, iż próby zamachów samobójczych podejmowane są najczęściej w stanie zmienionej świadomości, niezależnie od ich pierwotnych czynników/przyczyn.



Wykres 9. Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014 – 2016 w zależności od stanu świadomości osoby dokonującej zamachu (wg KWP w Kielcach)



Wykres 10. Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014 – 2016 w zależności od wieku osoby dokonującej zamachu (wg KWP w Kielcach)



Wykres 11. Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014 – 2016 w zależności od wieku osoby dokonującej zamachu (wg KWP w Kielcach) – c.d.

Jak widać, problem samobójstw dotyka wszystkich, niezależnie od wieku. Najczęściej prób zamachów samobójczych dokonują osoby w przedziale wiekowym między 25 - 44 lata. Tendencje samobójcze rosną wraz z wiekiem. Z analizy powyższych wykresów wynika, że to osoby w wieku produkcyjnym częściej niż inne dokonują aktów zamachu na swoje życie. Niższe wskaźniki odnotowuje się w przedziałach wiekowych 13 - 24 i 45 – 85+.

Podsumowanie

Według badania EZOP prawie 190 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego może mieć za sobą zdarzenie, kwalifikujące się jako próba samobójcza.

Według danych Komendy Wojewódzkiej Policji w Kielcach, liczba zgłoszonych zamachów samobójczych systematycznie spada, a liczba zgonów z tego powodu utrzymuje się na stałym poziomie. Problem zamachów samobójczych dotyczy przede wszystkim mieszkańców wsi oraz dużych miast. Próby samobójcze są najczęściej podejmowane w stanach zmienionej świadomości (np. pod wpływem alkoholu).

1.1.3. Niepełnosprawność z powodu chorób psychicznych

Tabela 3. Osoby w wieku do 16 r.ż. oraz od 16 do 60 lat i więcej, zaliczone do osób niepełnosprawnych prawomocnym orzeczeniem lub wyrokiem sądu z uwzględnieniem wieku w podziale na powiaty w latach 2014-2016

Liczba osób według przyczyny niepełnosprawności 02 – P – choroby psychiczne																						
Lp.	powiat	Grupa wiekowa																				
		do 3 lat			4-7			8-16			16-25			26-40			41-59			60 lat i więcej		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
1	buski	1	0	0	3	3	2	7	5	14	11	21	13	28	25	24	69	95	57	77	62	58
2	jędrzejowski	0	1	1	2	1	6	5	3	12	15	23	18	27	24	31	54	77	77	45	33	50
3	kazimierski	0	0	0	1	1	2	0	0	2	4	4	3	11	10	6	18	33	17	11	20	15
4	Kielce	2	5	2	12	12	10	50	50	54	74	65	70	146	155	140	281	354	274	184	177	145
5	kielecki	2	0	0	5	7	5	18	29	44	67	93	85	133	128	110	355	315	279	194	208	199
6	konecki	0	0	0	2	1	2	10	8	6	17	19	19	41	43	47	72	94	96	31	32	44
7	opatowski	0	0	0	3	0	0	2	5	8	10	13	18	29	32	31	47	52	57	27	35	43
8	ostrowiecki	0	0	0	1	3	5	9	19	19	42	38	46	91	106	120	124	149	165	48	75	68
9	pińczowski	0	0	0	0	0	0	5	3	0	4	17	10	18	23	20	42	49	35	21	32	25
10	sandomierski	0	0	0	1	1	0	11	12	10	26	28	36	45	62	71	112	157	136	67	107	58
11	skarżyski	0	0	0	2	0	0	9	9	10	17	14	14	41	49	50	89	103	104	26	34	28
12	starachowicki	0	0	0	4	1	3	28	19	12	31	32	25	40	50	43	95	91	77	48	50	56
13	staszowski	0	1	0	4	1	2	14	8	15	16	10	11	39	41	45	66	93	102	44	61	58
14	włoszczowski	0	0	0	1	1	1	3	3	2	9	9	6	16	24	17	41	63	57	26	28	33
Ogółem		5	7	3	41	32	38	171	173	208	343	386	374	705	772	755	1 465	1 725	1 533	849	954	880
Ogółem 2014 - 2016		15			111			552			1 103			2 232			4 723			2 683		

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez Wojewódzki Zespół ds. Orzekania i Niepełnosprawności w Kiecach

Osoby do 16 r.ż.

W 2014 r. osobom do 16 r.ż. wydano 217 orzeczeń z powodu chorób psychicznych oznaczonych symbolem 02-P – choroby psychiczne, w tym 147 orzeczeń zostało wydanych chłopcom, a 70 dziewczynkom²⁴. Najwięcej orzeczeń wydano dzieciom w przedziale wiekowym 8-16 lat w Kielcach - 50, powiecie kieleckim - 18 i starachowickim - 28.

W 2015 r. osobom do 16 r.ż. wydano 212 orzeczeń z powodu chorób psychicznych oznaczonych symbolem 02-P – choroby psychiczne, w tym 142 orzeczeń zostało wydanych chłopcom, a 70 dziewczynkom. Najwięcej wydano dzieciom w przedziale wiekowym 8-16 lat w Kielcach - 50, powiecie kieleckim - 29, ostrowieckim i starachowickim - 19.

W 2016 r. osobom do 16 r.ż. wydano 249 orzeczeń z powodu chorób psychicznych oznaczonych symbolem 02-P – choroby psychiczne, w tym 165 orzeczeń zostało wydanych chłopcom, a 84 dziewczynkom. Najwięcej wydano dzieciom w przedziale wiekowym 8-16 lat w Kielcach - 50, powiecie kieleckim - 44, ostrowieckim - 19, starachowickim - 15.

W latach 2014 - 2016 wydano osobom do 16 r.ż. łącznie 678 orzeczeń o niepełnosprawności z powodu choroby psychicznej (02-P).

Poddając analizie badany okres 2014 - 2016, zauważalna jest tendencja wzrostowa, jeśli chodzi o zapadalność na choroby psychiczne wśród dzieci i młodzieży w wieku od 8 do 16 roku życia oraz wydane w związku z tym orzeczenia o niepełnosprawności.

Największy odsetek dzieci i młodzieży do 16 r.ż. z województwa świętokrzyskiego z orzeczeniem o niepełnosprawności w wyniku choroby psychicznej w odniesieniu do obserwowanego okresu, odnotowano w 2016 roku – 208 osób.

²⁴ Dane pozyskane z Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach

Osoby w wieku od 16 do 60 lat i więcej

W 2014 r. osobom w wieku od 16 r.ż. do 60 lat i więcej wydano 3 362 orzeczeń z powodu chorób psychicznych oznaczonych symbolem 02-P – choroby psychiczne, w tym 1 719 orzeczeń zostało wydanych mężczyznom, a 1 643 kobietom. Najwięcej orzeczeń wydano osobom w przedziale wiekowym 41 - 59 lat w powiecie kieleckim - 355 i w Kielcach - 281.

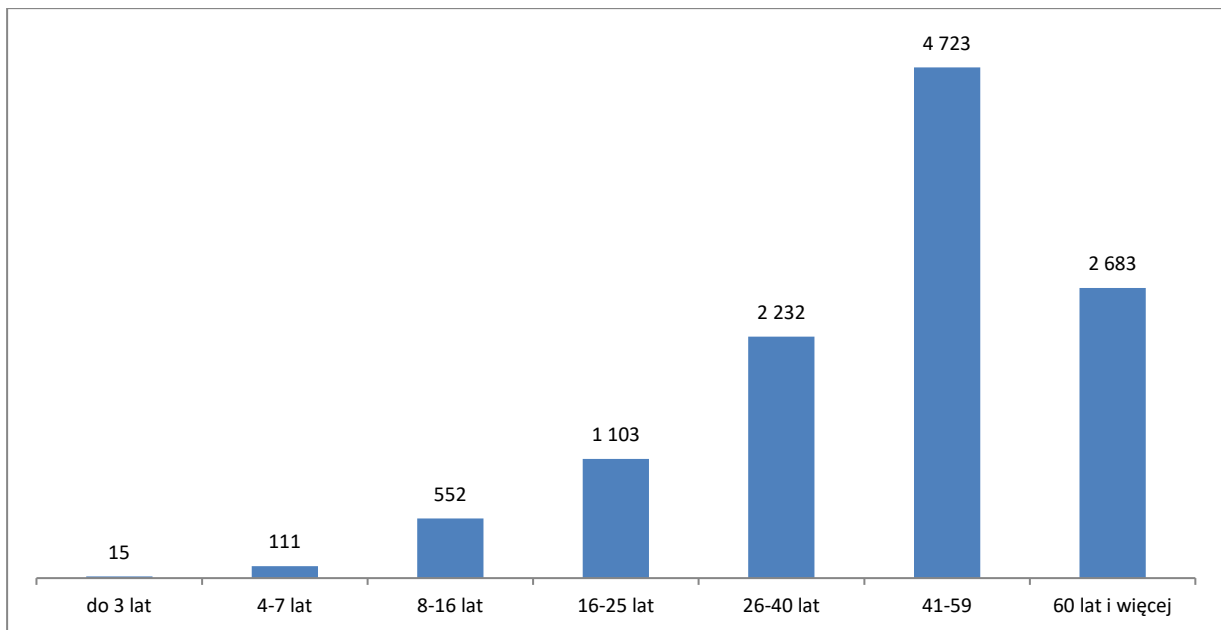
W 2015 r. osobom w wieku od 16 r.ż. do 60 lat i więcej wydano 3 837 orzeczeń z powodu chorób psychicznych oznaczonych symbolem 02-P – choroby psychiczne, w tym 1 974 orzeczeń zostało wydanych mężczyznom, a 1 863 kobietom. Najwięcej orzeczeń wydano osobom w przedziale wiekowym 41 - 59 lat w powiecie kieleckim - 315 i w Kielcach - 354.

W 2016 r. osobom w wieku od 16 r.ż. do 60 lat i więcej wydano 3 542 orzeczeń z powodu chorób psychicznych oznaczonych symbolem 02-P – choroby psychiczne, w tym 1 840 orzeczeń zostało wydanych mężczyznom, a 1 702 kobietom. Najwięcej orzeczeń wydano osobom w przedziale wiekowym 41-59 lat w powiecie kieleckim - 279 i w Kielcach - 274.

W latach 2014 -2016 łącznie wydano osobom od 16 do 60 lat i więcej, 10 741 orzeczeń o niepełnosprawności z powodu choroby psychicznej (02-P).

W kontekście powyższych danych, zauważyć można, iż najliczniejszą grupą, wśród której wydano orzeczenia o niepełnosprawności z powodu chorób psychicznych, stanowiły osoby w wieku 41 – 59 lat.

Najwyższą ilość osób w przedziale wiekowym od 16 lat – powyżej 60 r.ż. z województwa świętokrzyskiego z orzeczeniem o niepełnosprawności w wyniku choroby psychicznej w odniesieniu do analizowanego okresu, odnotowano w 2015 roku – 1 725 osób.



Wykres 12. Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności O2-P w latach 2014-2016 wg wieku (wg danych z Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach)

Wyniki analizy wskazują, że na terenie województwa świętokrzyskiego najczęściej orzeczeń o niepełnosprawności psychicznej posiadają osoby w wieku produkcyjnym. Wyniki rozkładają się rosnąco wg wieku.

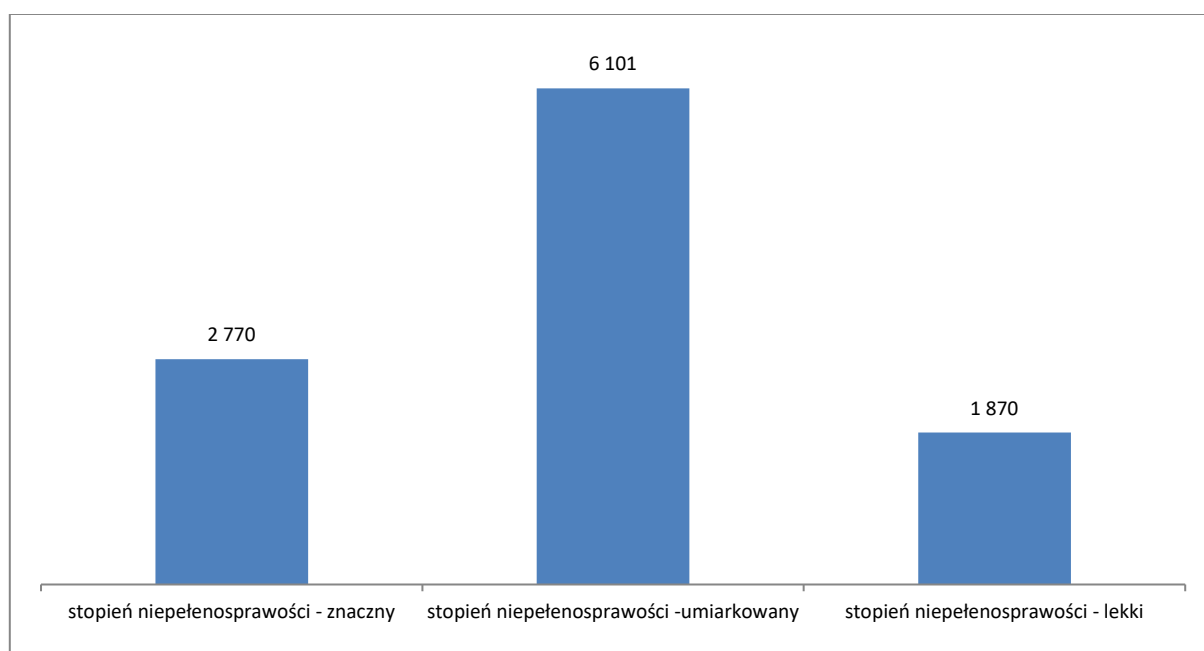
Tabela 4. Osoby w wieku do 16 r.ż. oraz od 16 do 60 lat i więcej, zaliczone do osób niepełnosprawnych prawomocnym orzeczeniem lub wyrokiem sądu z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności w podziale na powiaty w latach 2014-2016

Liczba osób według przyczyny niepełnosprawności 02 – P – choroby psychiczne										
Lp.	powiat	Stopień niepełnosprawności:								
		znaczny			umiarkowany			lekki		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
1	buski	81	81	55	84	96	81	20	26	16
2	jędrzejowski	30	35	33	91	93	103	20	29	40
3	kazimierski	10	22	10	21	32	23	13	13	8
4	Kielce	160	139	121	355	424	362	170	188	146
5	kielecki	185	185	208	409	415	244	155	144	121
6	konecki	36	32	56	114	145	136	11	11	14
7	opatowski	35	22	31	63	96	85	15	14	33
8	ostrowiecki	82	105	127	193	231	227	30	32	45
9	pińczowski	19	38	23	48	66	53	18	17	14
10	sandomierski	78	120	66	162	222	217	10	12	18
11	skarżyski	52	61	32	92	104	112	29	35	52
12	starachowicki	82	70	57	113	134	114	19	19	30
13	staszowski	36	39	35	75	97	93	54	69	88
14	włoszczowski	25	34	22	57	51	68	10	39	23
Ogółem		911	983	876	1 877	2 206	2 018	574	648	648
Ogółem 2014 - 2016		2 770			6 101			1 870		

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach

Najwięcej orzeczeń dla osób z lekkim, umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności wydano w 2015 r. w powiecie kieleckim i mieście Kielce. Najwięcej orzeczeń dotyczy niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym, następnie w stopniu znacznym i najmniej w stopniu lekkim.

Poddając analizie dane zawarte w powyższej tabeli, zauważalna jest tendencja wzrostowa w odniesieniu do roku 2014 w zakresie wydawania orzeczeń lub wyroków sądu z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności w stopniu lekkim, natomiast na przestrzeni 2015 i 2016 roku liczba tych osób pozostaje na takim samym poziomie. Biorąc pod uwagę liczbę osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym, widoczny jest wzrost ilości tych osób na przestrzeni 2014 i 2015 roku o 329 osób, oraz w porównaniu do 2015 roku, spadek liczby osób o 188 osób w 2016 roku. Analizując dane dotyczące liczby orzeczeń o niepełnosprawności w stopniu znacznym, zauważalny jest wzrost liczby tych osób na przestrzeni 2014 i 2015 roku o 72 osoby oraz spadek w 2016 roku o 107 osób.



Wykres 13. Ilość osób z orzeczeniem o niepełnosprawności O2-P w latach 2014 – 2016 wg stopnia niepełnosprawności (wg danych z Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach)

W województwie najwięcej osób posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

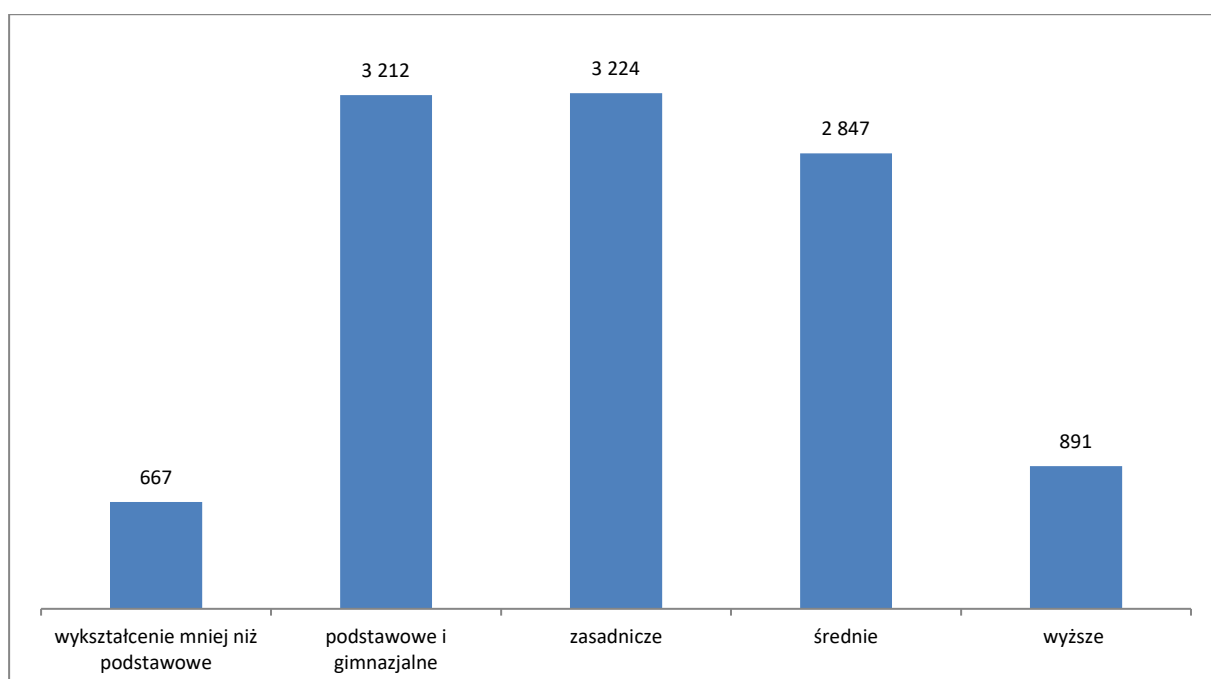
Tabela 5. Osoby od 16 do 60 lat i więcej, zaliczone do osób niepełnosprawnych prawomocnym orzeczeniem lub wyrokiem sądu z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności wg. wykształcenia w podziale na powiaty w latach 2014-2016

Liczba osób według przyczyny niepełnosprawności O2 – P – choroby psychiczne																
Lp.	powiat	Stopień wykształcenia														
		mniej niż podstawowe			podstawowe i gimnazjalne			zasadnicze			średnie			wyższe		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
1	buski	5	6	10	74	67	54	58	63	44	39	58	33	9	9	11
2	jędrzejowski	9	5	115	48	56	24	47	49	25	31	36	10	6	11	2
3	kazimierski	5	3	3	22	30	16	12	14	14	5	16	7	0	4	1
4	Kielce	12	20	37	180	159	134	165	191	162	241	269	202	87	112	94
5	kielecki	73	69	46	254	271	243	239	242	207	147	122	152	36	40	25
6	konecki	6	1	2	60	81	97	53	70	58	32	26	41	10	10	8
7	opatowski	2	7	9	49	42	51	32	36	41	21	39	39	9	8	9
8	ostrowiecki	12	36	36	75	81	86	98	115	122	90	103	127	30	33	28
9	pińczowski	2	5	3	20	38	26	31	41	37	26	33	18	6	4	6
10	sandomierski	9	33	11	88	114	77	72	103	101	67	86	94	14	18	18
11	skarżyski	1	3	1	35	44	40	58	66	53	65	74	83	14	13	19
12	starachowicki	4	3	4	66	67	54	53	58	66	75	82	61	16	13	16
13	staszowski	12	14	24	51	69	57	54	69	77	36	44	48	12	9	10
14	włoszczowski	3	4	2	37	41	34	30	49	49	20	28	21	2	2	7
Ogółem		155	209	303	1 059	1 160	993	1 002	1 166	1 056	895	1 016	936	251	286	254
Ogółem 2014 - 2016		667			3 212			3 224			2 847			891		

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez Wojewódzki Zespół ds. Orzekania i Niepełnosprawności w Kiecach

Najwięcej orzeczeń o niepełnosprawności z powodu chorób psychicznych w analizowanym okresie 2014 – 2016, wydano w stosunku do osób mających wykształcenie zasadnicze. Najwięcej takich orzeczeń wydano w 2015 r. w powiecie kieleckim. Drugą co do wielkości grupę stanowią osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym.

Skala problemu orzeczonej niepełnosprawności psychicznej jest szczególnie duża wśród osób z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym, zasadniczym i średnim.



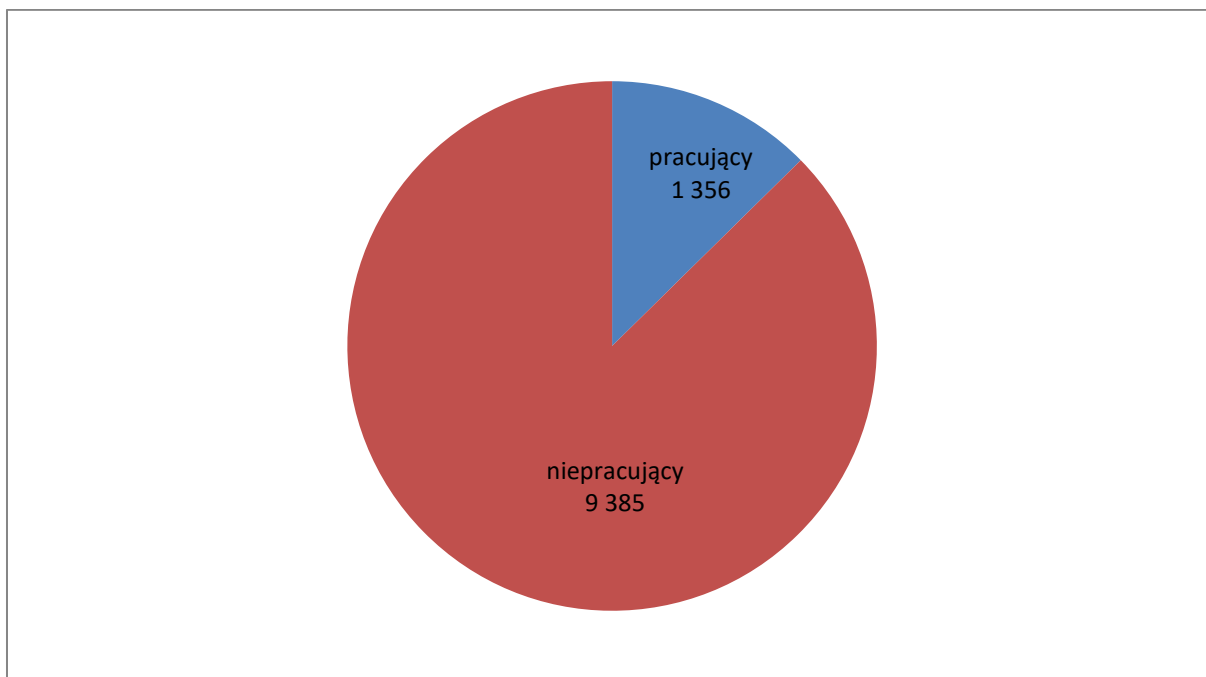
Wykres 14. Ilość osób z orzeczeniem o niepełnosprawności 02-P w latach 2014 – 2016 wg poziomu wykształcenia (wg danych z Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach)

Tabela 6. Osoby od 16 do 60 lat i więcej, zaliczone do osób niepełnosprawnych prawomocnym orzeczeniem lub wyrokiem sądu z wg. stanu zatrudnienia w podziale na powiaty w latach 2014-2016

Liczba osób według przyczyny niepełnosprawności O2 - P - choroby psychiczne							
Lp.	powiat	Wg zatrudnienia					
		pracujący			niepracujący		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016
1	buski	11	15	12	174	188	140
2	jędrzejowski	10	17	3	131	140	173
3	kazimierski	0	5	1	44	62	40
4	Kielce	111	129	107	574	622	522
5	kielecki	71	108	97	578	636	576
6	konecki	0	0	0	161	188	206
7	opatowski	11	11	14	102	121	135
8	ostrowiecki	59	69	82	246	299	317
9	pińczowski	5	8	5	80	113	85
10	sandomierski	1	23	6	249	331	295
11	skarżyski	36	39	35	137	161	161
12	starachowicki	27	31	36	187	192	165
13	staszowski	26	34	42	139	171	174
14	włoszczowski	5	33	21	87	91	92
Ogółem		373	522	461	2 989	3 315	3 081
Ogółem 2014 - 2016		1 356			9 385		

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach

Najwięcej osób chorych psychicznie pracowało w 2015 r. Z powyższego zestawienia wynika, że na przestrzeni lat wśród osób niepełnosprawnych prawomocnym orzeczeniem lub wyrokiem sądu z powodu choroby psychicznej, przeważały osoby niepracujące. Najwięcej takich osób było w 2015 roku w powiatach: kieleckim, sandomierskim, ostrowieckim i w Kielcach.



Wykres 15. Aktywność zawodowa osób z orzeczeniem o niepełnosprawności 02-P w latach 2014 – 2016 (wg danych z Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach)

Z analizy danych wynika, że tylko co 8 osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności 02-P jest aktywna zawodowo.

Podsumowanie

Liczba wydawanych w województwie świętokrzyskim orzeczeń o stopniu niepełnosprawności z powodu chorób psychicznych, pozostaje praktycznie na stałym poziomie.

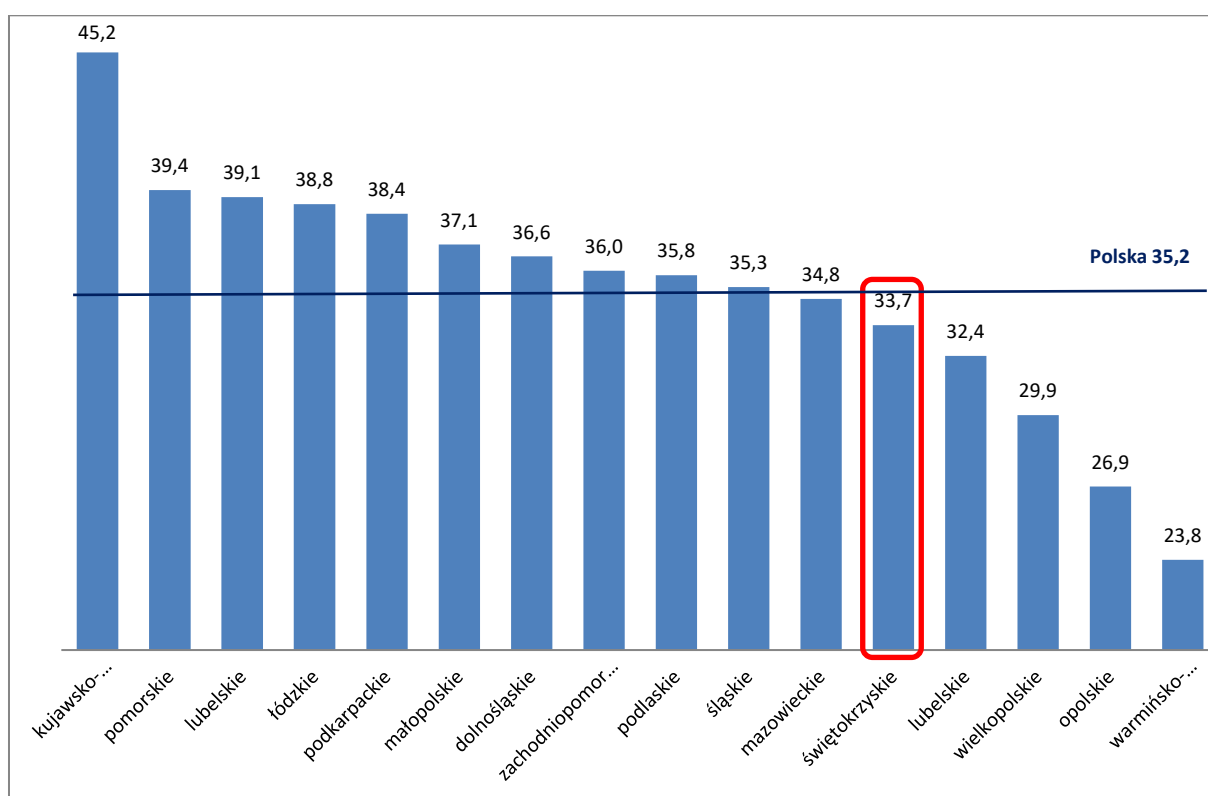
Niepełnosprawność w powyższych powodów jest najliczniejsza wśród osób w wieku produkcyjnym, szczególnie w grupie wiekowej 41-59 lat.

W województwie najwięcej osób posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim. Aktywnych zawodowo jest 12,5% osób z orzeczeniem o niepełnosprawności z powodu chorób psychicznych.

1.1.4. Leczeni w poradniach zdrowia psychicznego

Przedstawione poniżej dane pochodzą z Banku Danych Lokalnych (Główny Urząd Statystyczny) i odnoszą się do roku 2015 (są to najbardziej aktualne dostępne informacje z tego zakresu).²⁵

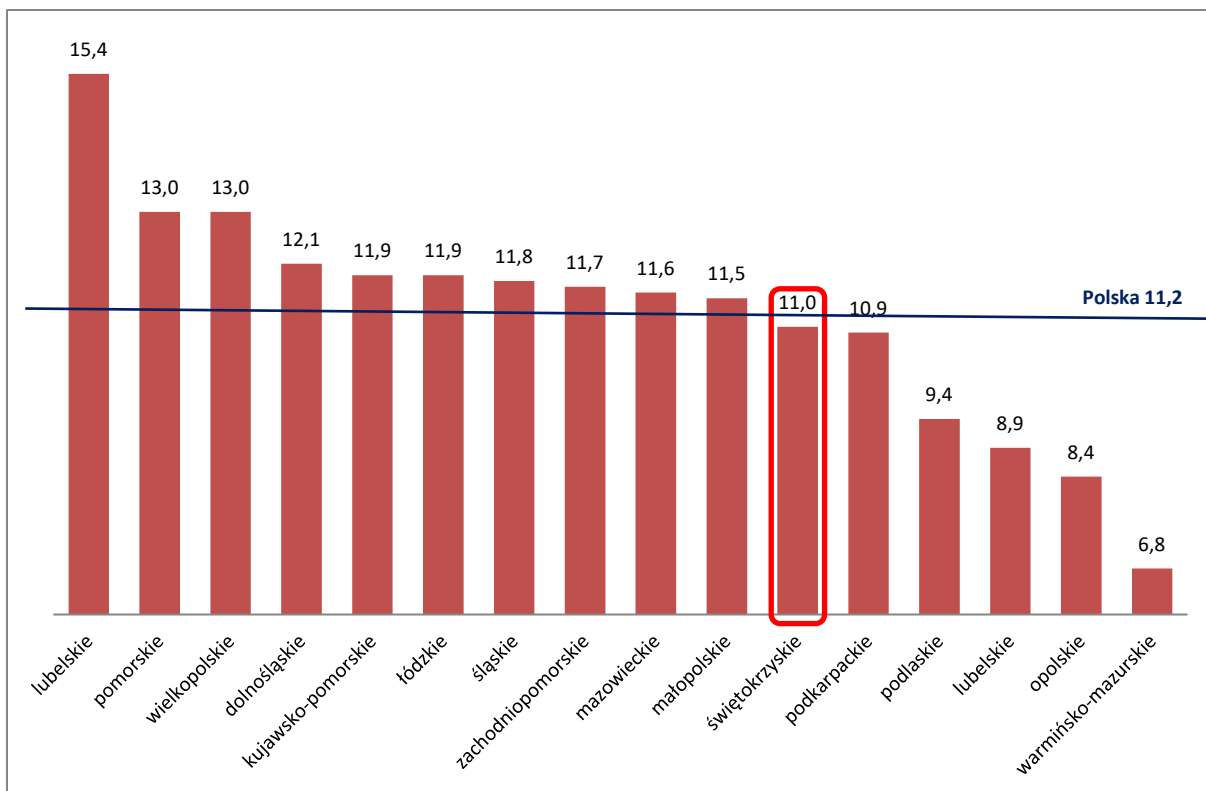
Województwo świętokrzyskie jest regionem o względnie niskim współczynniku (na 1 000 ludności) liczby pacjentów poradni dla osób z zaburzeniami psychicznymi – w 2015 roku wskaźnik ten wynosił 33,7. Wartość ta nie przekraczała średniej wartości dla całej Polski (35,2) i klasyfikowała województwo świętokrzyskie, w porównaniu z innymi regionami na 12 miejscu.



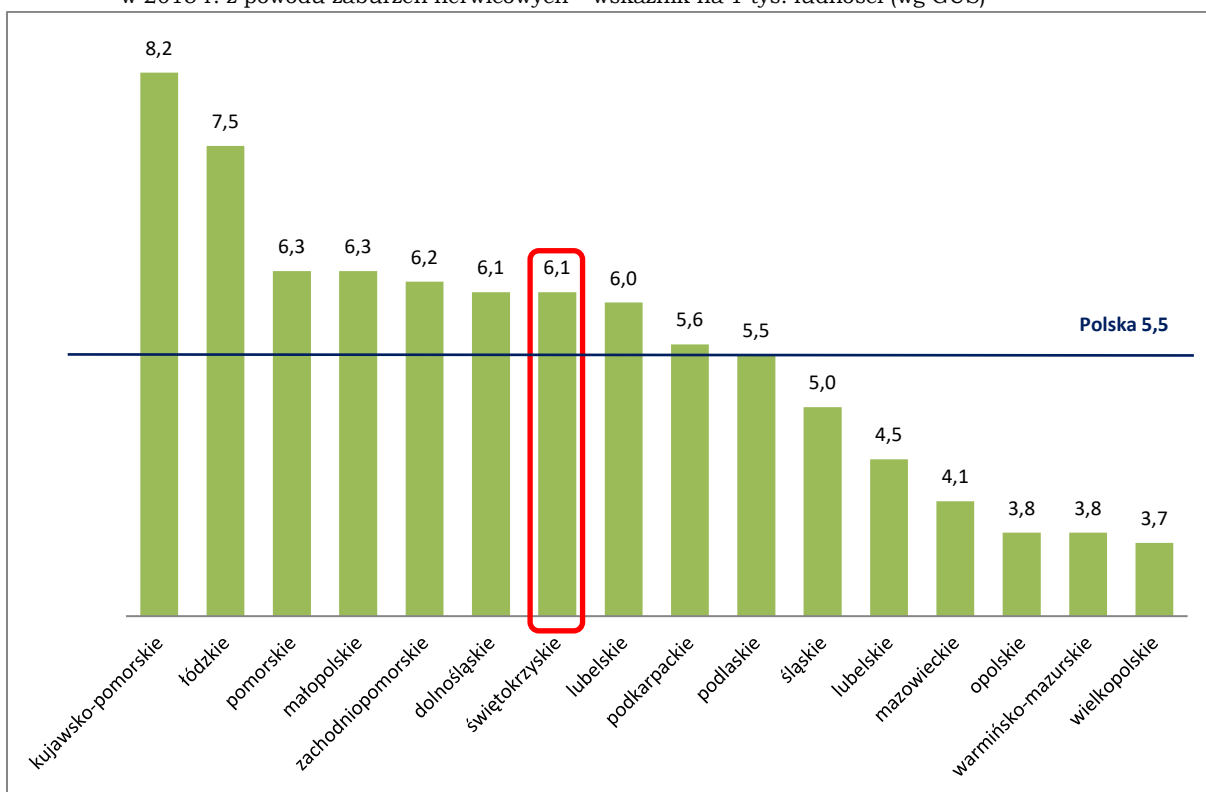
Wykres 16. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)

Szczegółowe informacje na temat liczby pacjentów w poszczególnych województwach w podziale na przyczyny ich zgłoszeń zgodnie z klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, przedstawiają poniższe wykresy.

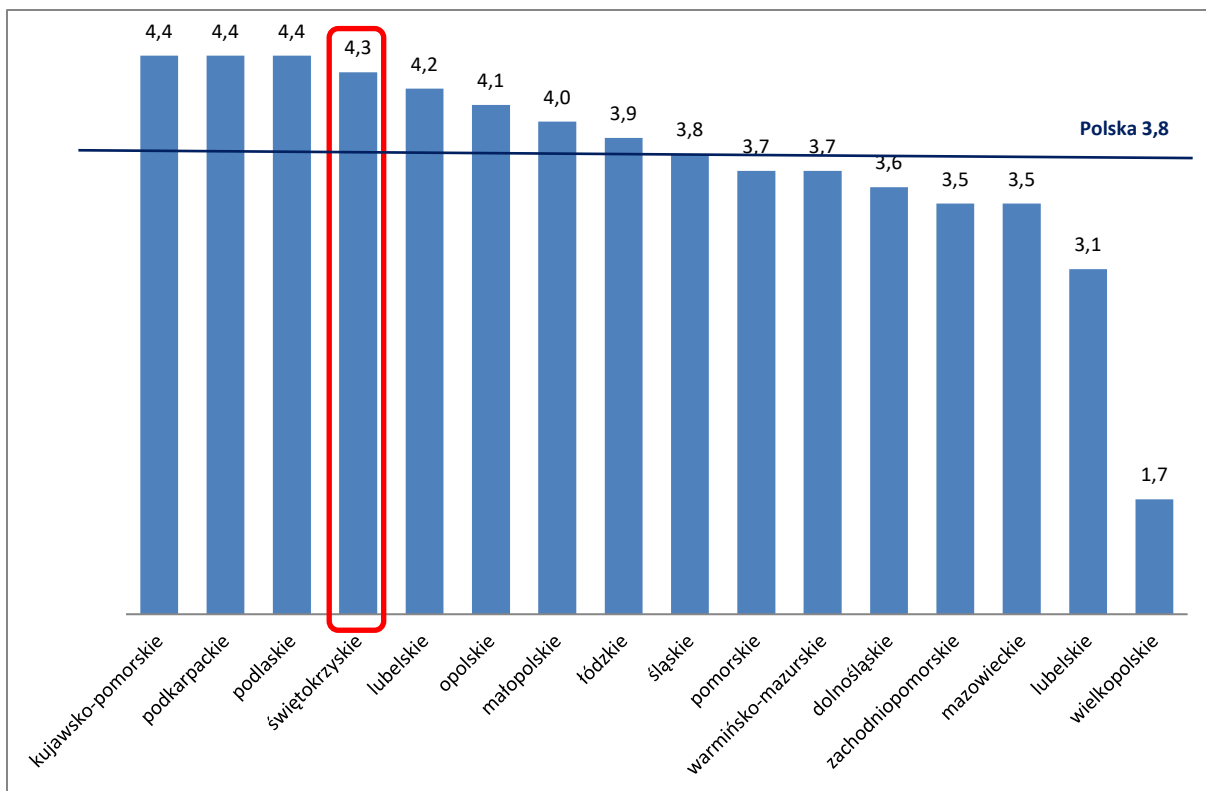
²⁵ Dane nieporównywalne z latami wcześniejszymi z uwagi na zmianę metodologii w GUS.



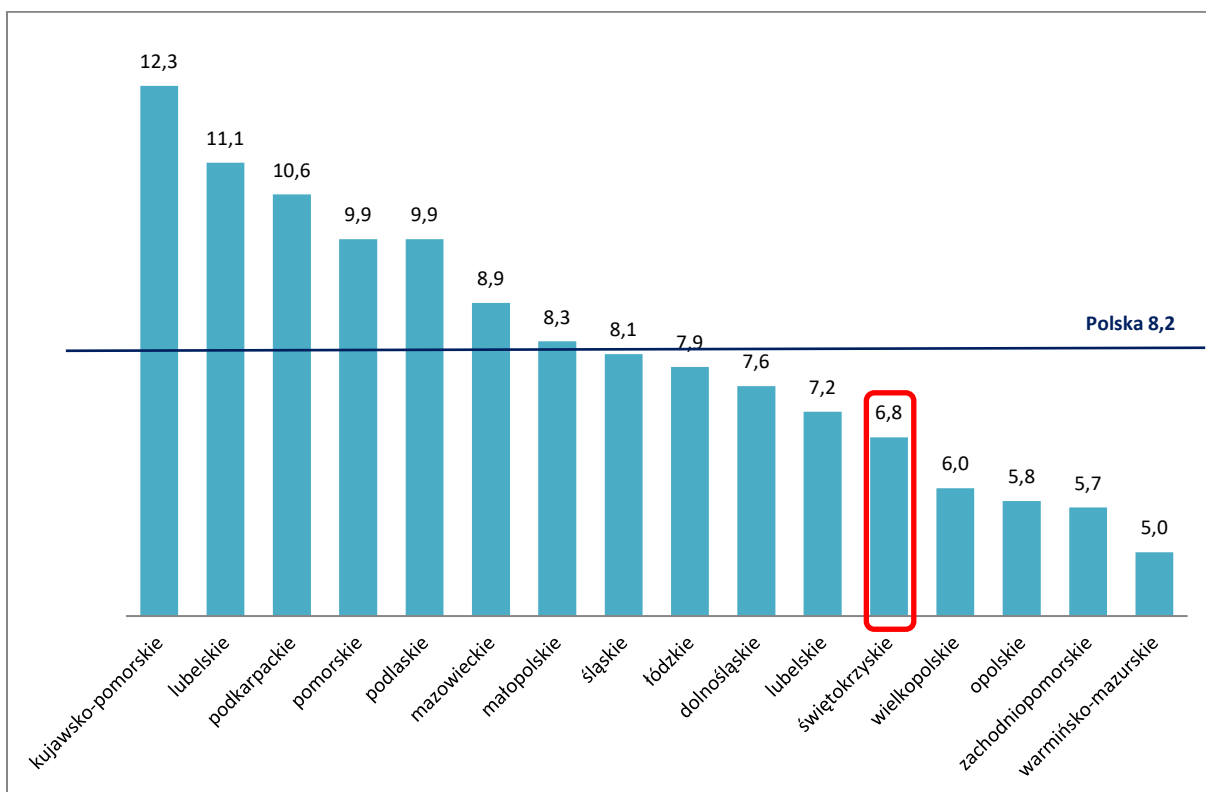
Wykres 17. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. z powodu zaburzeń nerwicowych – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)



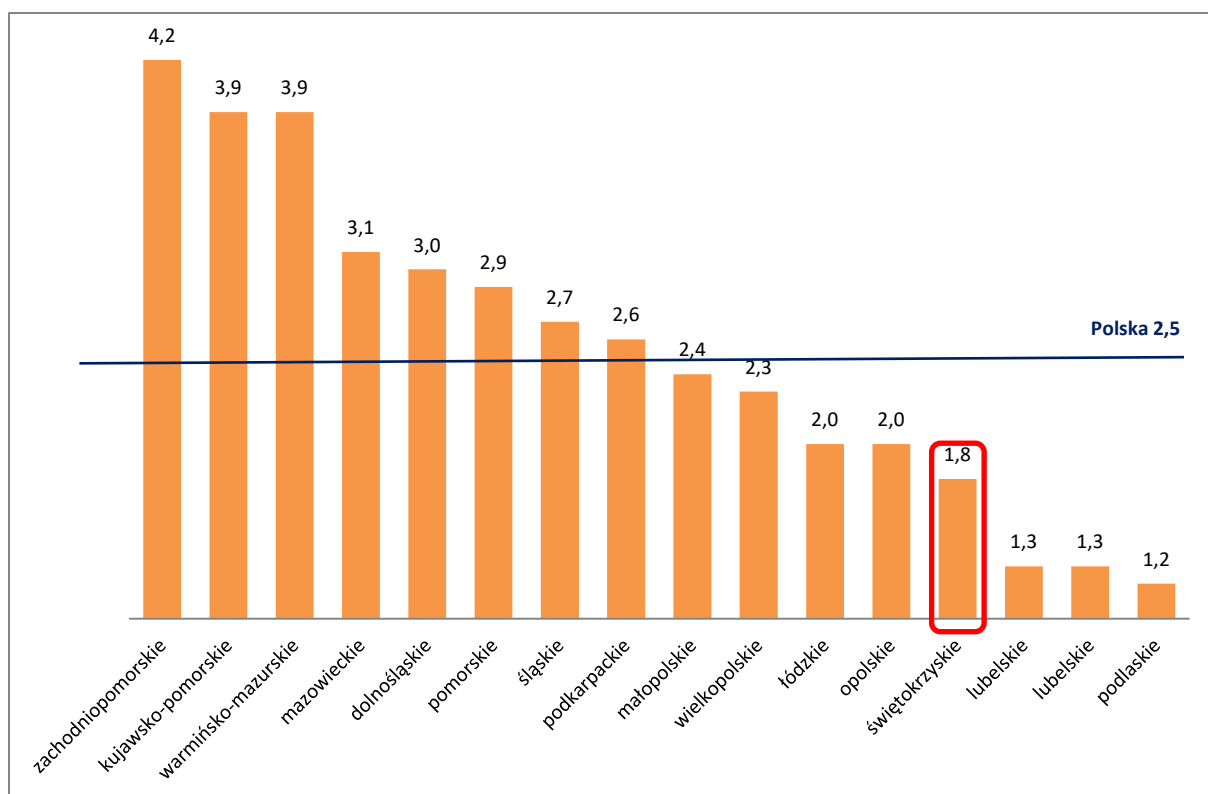
Wykres 18. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. z powodu organicznych zaburzeń psychicznych włącznie z zespołami objawowymi – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)



Wykres 19. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. z powodu schizofrenii – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)



Wykres 20. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. z powodu zaburzeń nastroju – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)

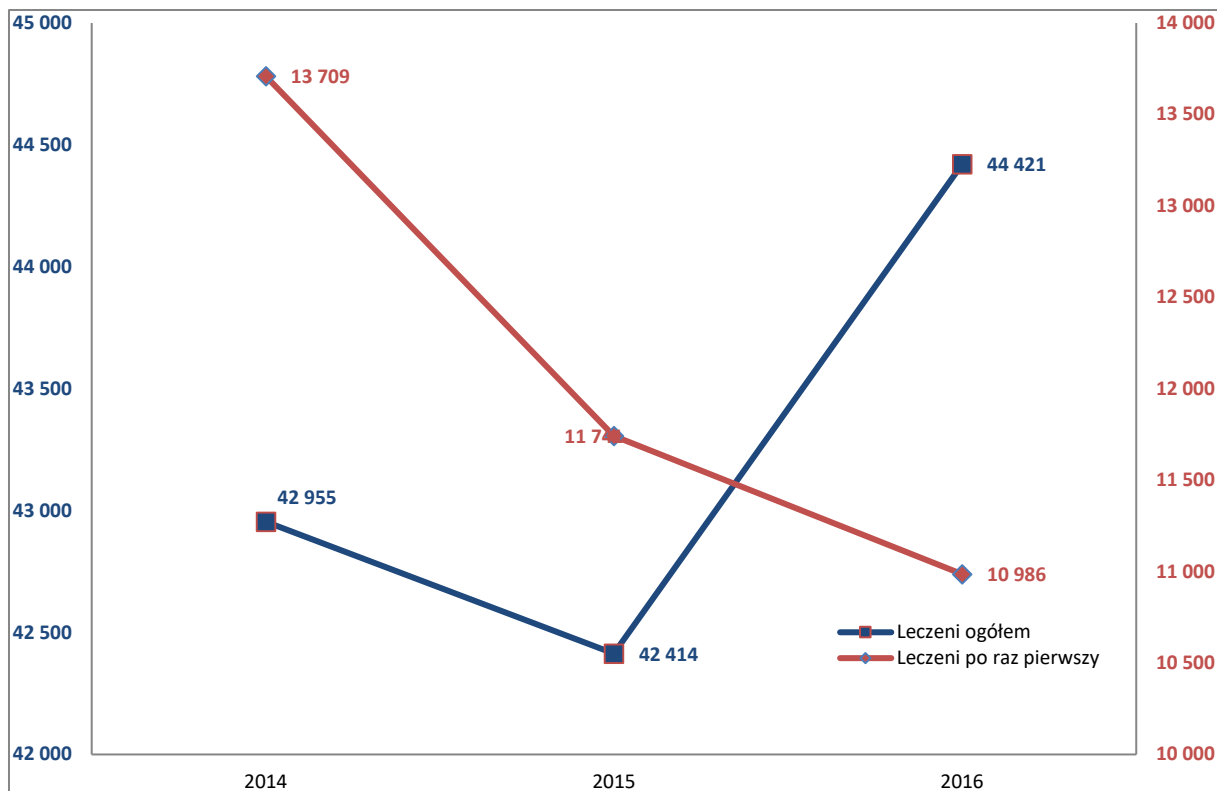


Wykres 21. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. z powodu zaburzeń rozwojowych – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)

Analizując powyższe dane należy zauważyć, że województwo świętokrzyskie jest w porównaniu z innymi regionami na 4 miejscu pod względem wartości wskaźnika liczby pacjentów zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego z powodu schizofrenii. Wskaźnik ten wynosił w 2015 r. – 4,3 zarejestrowanych na 1 tys. ludności i był wyższy od wskaźnika ogólnopolskiego wynoszącego 3,8.

Analogiczna sytuacja występuje w przypadku organicznych zaburzeń psychicznych, gdzie pod względem wskaźnika na 1 tys. ludności – wynoszącym 6,1 - województwo świętokrzyskie jest na siódmym miejscu w kraju, istotnie powyżej średniej dla Polski, wynoszącej – 5,5.

W przypadku zaburzeń nerwicowych, zaburzeń nastroju oraz zaburzeń rozwojowych, województwo świętokrzyskie plasuje się w drugiej dziesiątce, poniżej wskaźników ogólnopolskich.



Wykres 22. Leczeni w poradniach zdrowia psychicznego w woj. świętokrzyskim ogółem oraz leczeni po raz pierwszy w latach 2014 - 2016 (wg WPSiZ ŚUW²⁶)

W latach 2014 - 2016 liczba leczonych w poradniach zdrowia psychicznego wzrosła o 1 466 osób, co stanowi wzrost o 3%. Jednocześnie widoczny jest wyraźny trend spadkowy w grupie tzw. pacjentów pierwszorazowych, gdzie w okresie 2014 – 2016 ich liczba spadła o 2 723 osoby, co stanowi spadek o 20%.

Ze szczegółowej analizy leczonych w poradniach zdrowia psychicznego według rozpoznania zasadniczego w latach 2014-2016 wynika, że:

- wzrosła liczba leczonych z powodu organicznych (F00-F09),
- wzrosła liczba leczonych z powodu schizofrenii (F20),
- wzrosła liczba leczonych z powodu depresji nawracających i zaburzeń dwubiegunowych (F31 i F33),
- wzrosła liczba leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych (F40-F48),
- wzrosła liczba leczonych z powodu zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69)

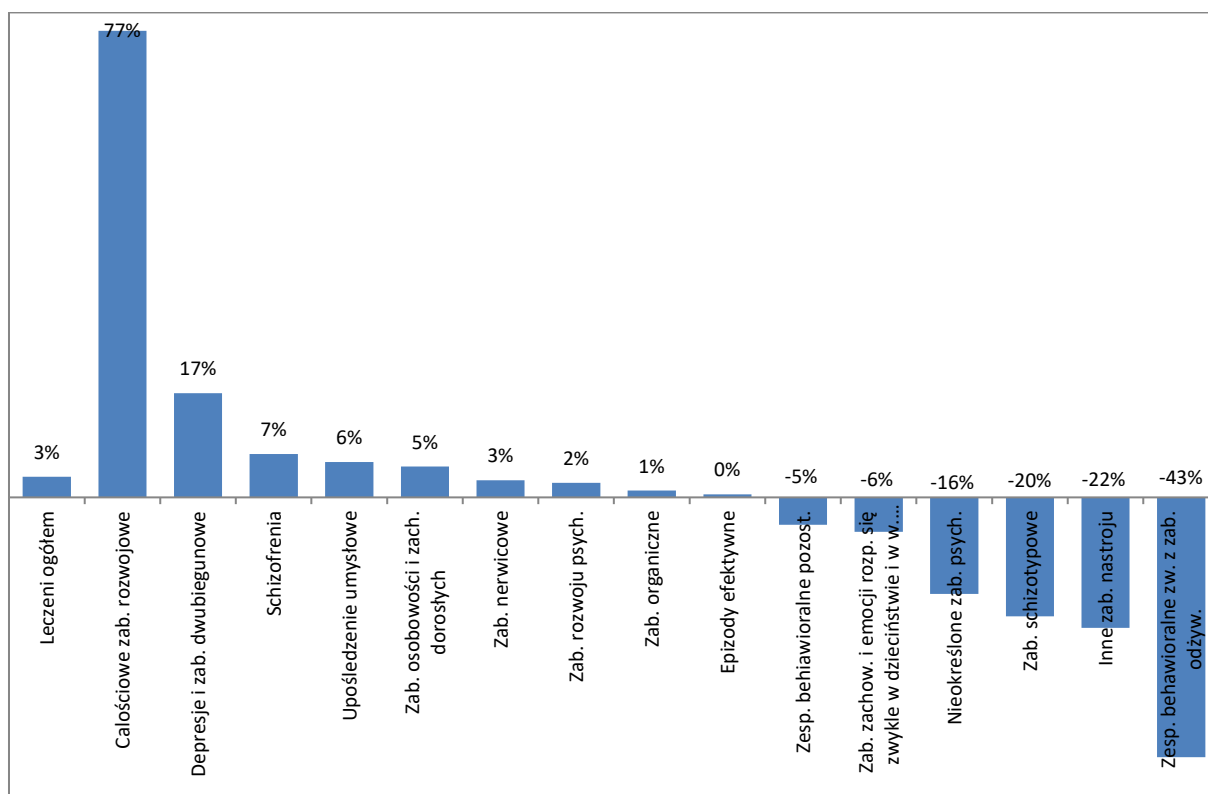
²⁶ <http://wczp.kielce.uw.gov.pl/czp/statystyka/publikacje/8159,Sytuacja-zabezpieczenia-opieki-zdrowotnej.html>

- wzrosła liczba leczonych z powodu epizodów afektywnych (F30 i F32),

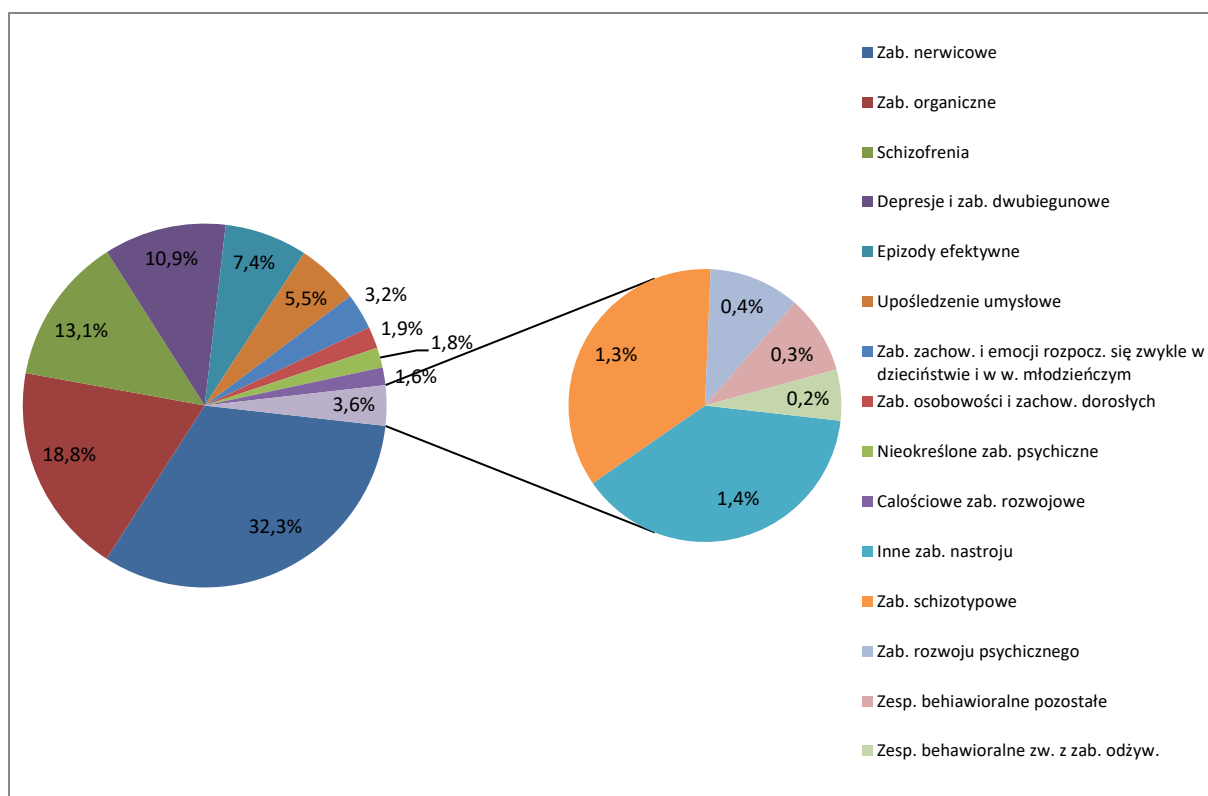
Analizując zmiany w dynamice leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w analizowanym przedziale czasowym, można zauważyć, że największa dynamika wzrostu liczby leczonych dotyczy całościowych grup rozwojowych (wzrost o 77%) oraz depresji i zaburzeń dwubiegunowych (wzrost o 17%). W grupach: schizofrenia, upośledzenie umysłowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych, zaburzenia nerwicowe, pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego – wzrost liczby leczonych jest poniżej 10%.

W roku 2016 największy udział w ogólnej liczbie leczonych mieli pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi (32,3%), zaburzeniami organicznymi (18,8%), schizofrenią (13,1%) oraz depresją i zaburzeniami dwubiegunowymi (10,9%).

Powyższe dane zostały przedstawione szczegółowo na poniższych wykresach.



Wykres 23. Dynamika zmian ogólnej liczby leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w woj. świętokrzyskim w 2016 r. w stosunku do 2014 r. (wg WPSiZ ŚUW)



Wykres 24. Struktura leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w woj. świętokrzyskim w 2016 r. wg rozpoznania zasadniczego (wg WPSiZ SÚW)

Jak już wyżej wspomniano, w okresie 2014 – 2016 nastąpił liczby spadek pacjentów poradni zdrowia psychicznego, którzy rozpoczęli w nich leczenie po raz pierwszy (tzw. pacjenci pierwszorazowi). Przyczyn tego spadku nie należy jednak upatrywać wyłącznie w kategoriach klinicznych, gdyż znaczący wpływ ma tu także demografia.

Ze szczegółowej analizy leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego według rozpoznania zasadniczego w latach 2014-2016 wynika, że najwięcej leczonych było z powodu:

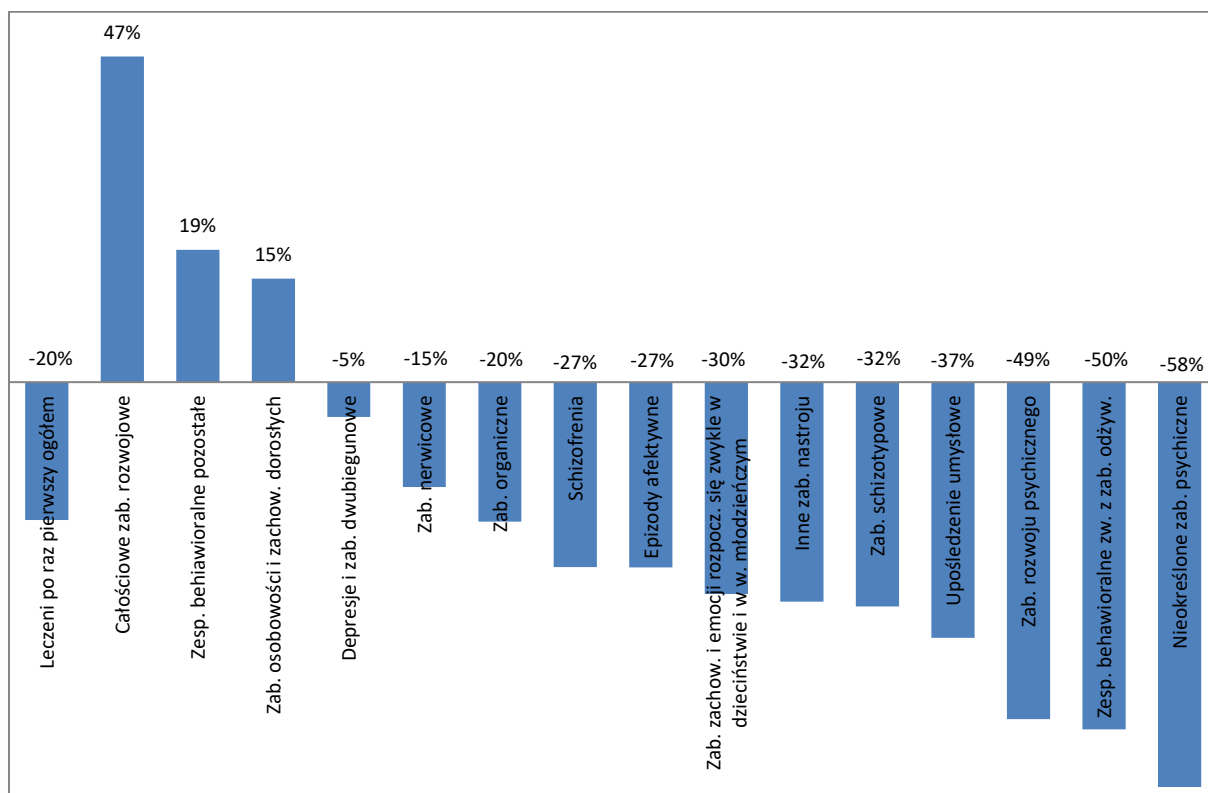
- zaburzeń organicznych (F00-F09),
- schizofrenii (F20),
- epizodów afektywnych (F30 i F32),
- depresji nawracających i zaburzeń dwubiegunowych (F31 i F33),
- zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych (F40-F48).

Analizując dynamikę zmian liczby pacjentów pierwszorazowych w poradniach zdrowia psychicznego należy zauważyć, że podobnie jak w przypadku

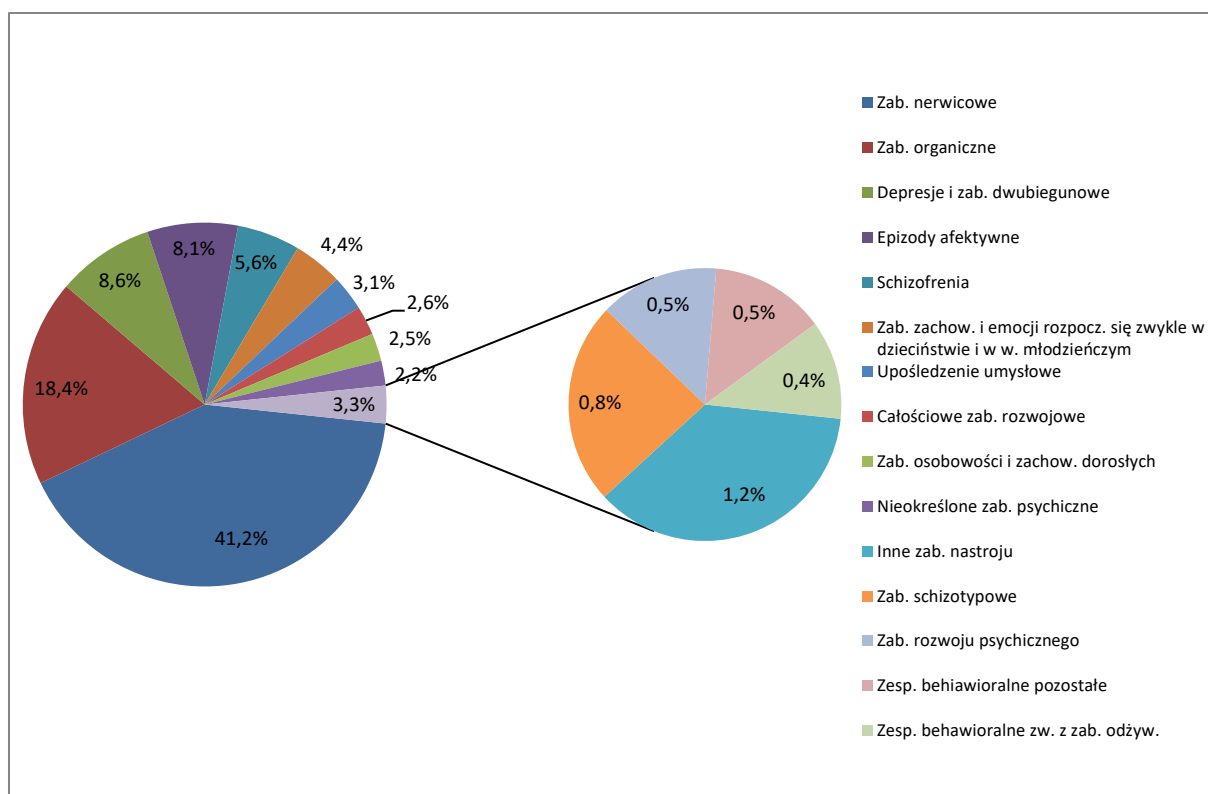
dynamiki ogólnej liczby leczonych, największy wzrost jest w grupie całościowych zaburzeń rozwojowych (47%). Tendencję wzrostową wykazują jeszcze: pozostałe zaburzenia behawioralne (19%) oraz zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (15%). W pozostałych grupach chorobowych następuje regres liczby pacjentów, którzy rozpoczynają leczenie po raz pierwszy.

Znamiennym jest, że spadkowa dynamika dotyczy takich grup jednostek chorobowych jak: depresja i zaburzenia dwubiegunowe (-5%), zaburzenia nerwicowe (-15%), zaburzenia organiczne (-20%) oraz schizofrenia (-27%), a więc grup, które w 2016 r. miały największy udział w strukturze ogólnej liczby leczonych w poradniach zdrowia psychicznego.

W roku 2016, w strukturze liczby pacjentów pierwszorazowych największy udział miały następujące grupy chorobowe: zaburzenia nerwicowe (41,2%) oraz zaburzenia organiczne (18,4%).



Wykres 25. Dynamika zmian ogólnej liczby leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego w woj. świętokrzyskim w 2016 r. w stosunku do 2014 r. (wg WPSiZ ŚUW)



Wykres 26. Struktura leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego w woj. świętokrzyskim w 2016 r. wg rozpoznania zasadniczego (wg WPSiZ ŚUW)

Podsumowanie

Województwo świętokrzyskie charakteryzuje się niższym od średniej krajowej, wskaźnikiem zarejestrowanych w poradniach psychiatrycznych.

Niższe od średniej krajowej wskaźniki zarejestrowanych w poradniach psychiatrycznych, występują w grupie zaburzeń nerwicowych, zaburzeń nastroju oraz zaburzeń rozwojowych. Wyższe, w grupie zaburzeń psychicznych włącznie z zespołami objawowymi oraz w schizofrenii.

W okresie 2014-16 widoczny jest wzrost ogólnej liczby leczonych w poradniach zdrowia psychicznego oraz wyraźny trend spadkowy w grupie tzw. „pacjentów pierwszorazowych”.

W omawianym okresie najbardziej zwiększyła się liczba pacjentów z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi. Największy spadek odnotowano w grupie zaburzeń behawioralnych związanych z zaburzeniami odżywiania.

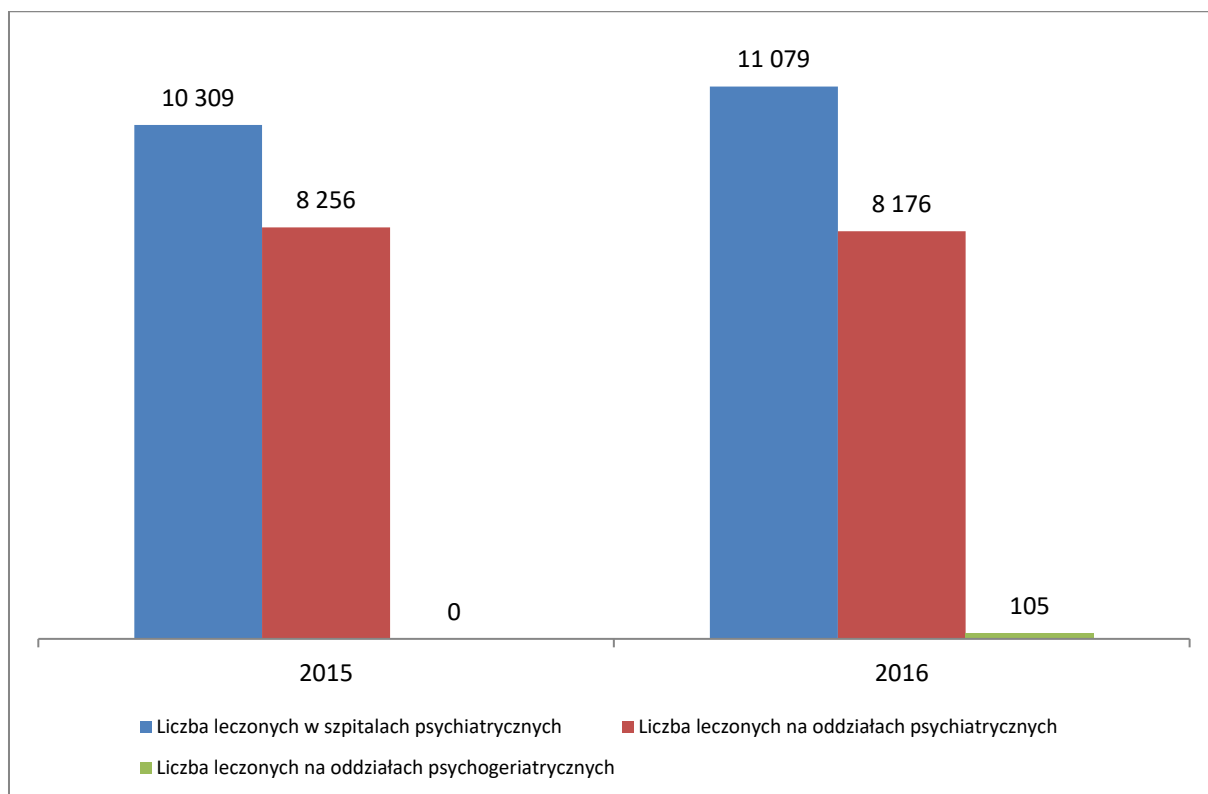
W przypadku „pacjentów pierwszorazowych” największy wzrost wystąpił w grupie całościowych zaburzeń rozwojowych. Największy spadek wystąpił odpowiednio w grupach: nieokreślonych zaburzeń psychicznych, zaburzeń

behawioralnych związanych z zaburzeniami odżywiania oraz zaburzeń rozwoju psychicznego.

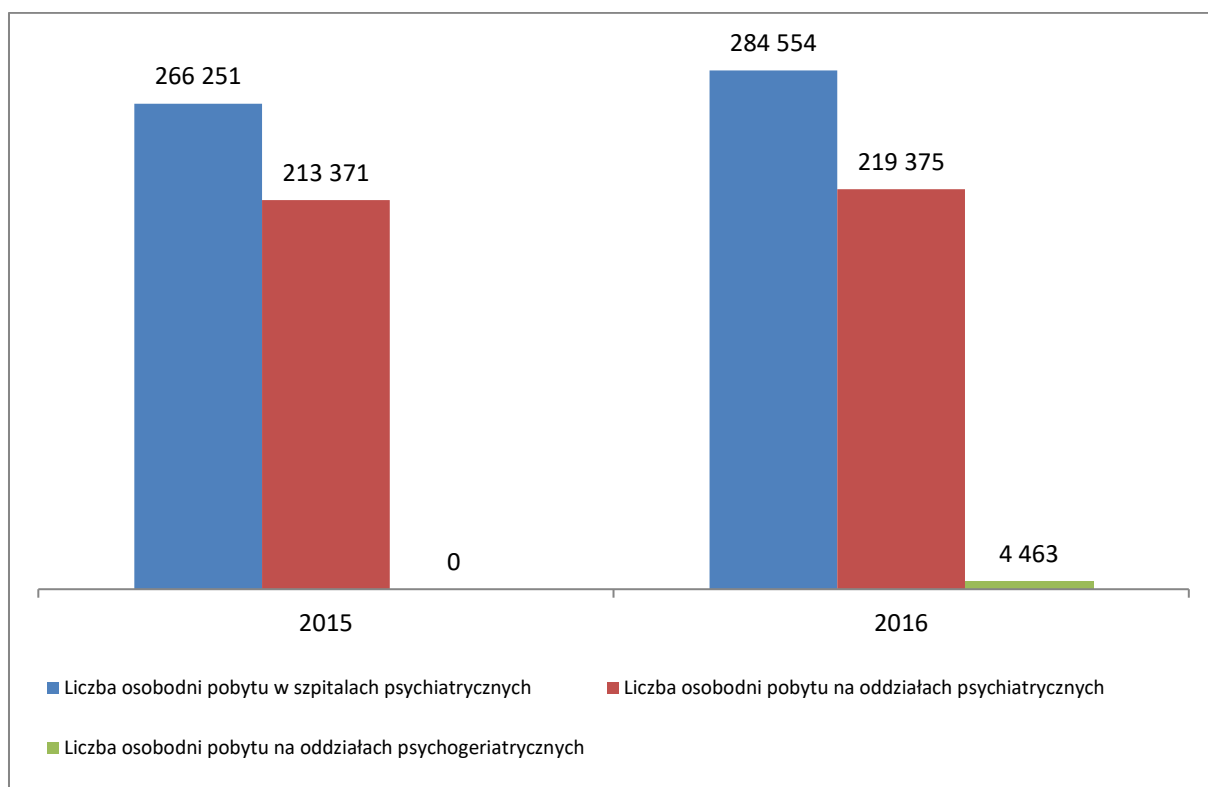
W strukturze pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w 2016 roku, dominowały odpowiednio: zaburzenia nerwicowe, zaburzenia organiczne, schizofrenia oraz depresje i zaburzenia dwubiegunowe. Razem stanowiły one ponad $\frac{3}{4}$ liczby leczonych.

Struktura „pacjentów pierwszorazowych” leczonych w roku 2016 wygląda podobnie jak leczonych ogółem. Dominują leczeni z zaburzeniami nerwicowymi, depresjami i zaburzeniami dwubiegunowymi, zaburzeniami organicznymi oraz epizodami afektywnymi. Razem stanowiły one ponad $\frac{3}{4}$ liczby leczonych po raz pierwszy.

1.1.5. Leczeni w lecznictwie stacjonarnym



Wykres 27. Leczeni z ruchem międzyoddziałowym w szpitalach psychiatrycznych oraz na oddziałach psychiatrycznych i psychogeriatrycznych w latach 2015 - 2016 (wg WPSiZ ŚUW)



Wykres 28. Osobodni wykonani w szpitalach psychiatrycznych oraz na oddziałach psychiatrycznych i psychogeriatrycznych w latach 2015 - 2016 (wg WPSiZ ŚUW)

Z powyższych wykresów wynika, że w analizowanym okresie wzrosła zarówno liczba pacjentów leczonych w szpitalach psychiatrycznych (z ruchem międzyoddziałowym), jak i ilość wykonanych w nich osobodni pobytu. Powyższa tendencja wzrostowa jest także widoczna w analizie liczby pacjentów leczonych w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy, która jest przedstawiona poniżej.

Tabela 7. Leczeni w oddziałach psychiatrycznych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg miejsca zamieszkania w latach 2015 - 2016

Oddziały psychiatryczne razem:		
Oddział psychiatryczny A		
Oddział psychiatryczny B		
Oddział psychiatryczny C		
Oddział psychiatryczny D		
Oddział psychiatryczny dla dzieci		
Oddział dzienny psychiatryczny ogólny		
Oddział psychogeriatryczny		
powiat	liczba leczonych pacjentów / osób	
	2015 rok	2016 rok
m. Kielce	1 234	1 243
buski	492	461
jędrzejowski	366	401
kazimierski	131	113
kielecki	894	956
konecki	341	353
opatowski	143	161
ostrowiecki	376	317
pińczowski	210	186
sandomierski	30	27
skarżyski	255	221
starachowicki	229	222
staszowski	195	193
włoszczowski	131	97
województwo świętokrzyskie:	5 027	4 951
pozostałe regiony	249	257
razem:	5 276	5 208

Źródło: Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy

Tabela 8. Leczeni w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg miejsca zamieszkania w latach 2015 - 2016

Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych		
powiat	liczba leczonych pacjentów / osób	
	2015 rok	2016 rok
m. Kielce	25	21
buski	11	13
jędrzejowski	9	6
kazimierski	5	7
kielecki	13	18
konecki	2	4
opatowski	1	1
ostrowiecki	8	5
pińczowski	1	2
sandomierski	1	1
skarżyski	9	6
starachowicki	3	3
staszowski	7	9
włoszczowski	2	1
województwo świętokrzyskie:	97	97
pozostałe regiony	9	5
razem:	106	102

Źródło: Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy

Tabela 9. Leczeni w oddziale psychiatrycznym dla chorych somatycznie Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg miejsca zamieszkania w latach 2015 - 2016

Oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie		
powiat	liczba leczonych pacjentów / osób	
	2015 rok	2016 rok
m. Kielce	54	74
buski	41	56
jędrzejowski	22	33

kazimierski	5	3
kielecki	63	80
konecki	2	8
opatowski	4	3
ostrowiecki	7	18
pińczowski	25	21
sandomierski	2	2
skarżyski	12	9
starachowicki	2	3
staszowski	14	22
włoszczowski	4	4
województwo świętokrzyskie:	257	336
pozostałe regiony	6	10
razem:	263	346

Źródło: Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy

Tabela 10. Leczeni w oddziałach psychiatrycznych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg rozpoznania w latach 2015 - 2016

Oddziały psychiatryczne razem:		
oddział psychiatryczny A oddział psychiatryczny B oddział psychiatryczny C oddział psychiatryczny D oddział psychiatryczny dla dzieci oddział dzienny psychiatryczny ogólny oddział psychogeriatryczny		
rozpoznanie według ICD-10	liczba leczonych pacjentów / osób	
	2015 rok	2016 rok
F00 / Otępienie w chorobie Alzheimera (G30)	32	31
F01 / Otępienie naczyniowe	62	50
F02 / Otępienie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	3	4
F03 / Otępienie bliżej nieokreślone	46	65
F04 / Organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi	–	1
F05 / Majaczenie nie wywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi	202	205
F06 / Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną	554	560
F07 / Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu	280	268

F09 / Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe	-	1
F10 / Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu	1 431	1 426
F11 / Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów	4	2
F12 / Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli	7	4
F13 / Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspakajających	4	26
F14 / Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy	1	-
F15 / Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny	2	3
F19 / Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych	150	148
F20 / Schizofrenia	1 246	1 219
F21 / Zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe)	19	17
F22 / Uporczywe zaburzenia urojeniowe	37	38
F23 / Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne	42	46
F25 / Zaburzenia schizoafektywne	16	17
F28 / Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne	2	1
F30 / Epizod maniakalny	10	12
F31 / Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	124	123
F32 / Epizod depresyjny	102	105
F33 / Zaburzenia depresyjne nawracające	116	126
F34 / Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)	-	1
F38 / Inne zaburzenia nastroju (afektywne)	9	10
F40 / Zaburzenia lękowe w postaci fobii	-	1
F41 / Inne zaburzenia lękowe	71	57
F42 / Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)	4	5
F43 / Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	170	154
F44 / Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	5	9
F45 / Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoform disorders)	9	8
F48 / Inne zaburzenia nerwicowe	5	3
F50 / Zaburzenia odżywiania	11	6
F60 / Specyficzne zaburzenia osobowości	102	104
F61 / Zaburzenia osobowości mieszane i inne	1	3
F62 / Trwale zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu	1	-
F63 / Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)	1	-
F69 / Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych, nie określone	-	1
F70 / Upośledzenie umysłowe lekkie	101	91
F71 / Upośledzenie umysłowe umiarkowane	87	79
F72 / Upośledzenie umysłowe znaczne	23	26
F73 / Upośledzenie umysłowe głębokie	8	5
F79 / Upośledzenie umysłowe, nie określone	1	-
F84 / Całościowe zaburzenia rozwojowe	12	7
F90 / Zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)	23	29
F91 / Zaburzenia zachowania	72	54
F92 / Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	47	39
F93 / Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie	4	3

F94 / Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym	7	4
F98 / Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	8	8
F99 / Zaburzenie psychiczne, inaczej nie określone	1	1
Z02 / Badania i usługi dla celów administracyjnych	1	–
Z03 / Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	–	2
razem:	5 276	5 208

Źródło: Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy

Tabela 11. Leczeni w oddziałach psychiatrycznych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg rozpoznania w latach 2015 - 2016

Oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie		
rozpoznanie według ICD-10	liczba leczonych pacjentów / osób	
	2015 rok	2016 rok
F00 / Otępienie w chorobie Alzheimera (G30)	4	8
F01 / Otępienie naczyniowe	3	9
F02 / Otępienie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	2	1
F03 / Otępienie bliżej nieokreślone	2	2
F05 / Majaczenie nie wywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi	–	3
F06 / Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną	105	150
F07 / Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu	22	24
F19 / Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych	–	1
F20 / Schizofrenia	9	15
F21 / Zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe)	2	3
F22 / Uporczywe zaburzenia urojeniowe	2	–
F23 / Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne	–	1
F25 / Zaburzenia schizoafektywne	–	3
F31 / Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	6	7
F32 / Epizod depresyjny	20	11
F33 / Zaburzenia depresyjne nawracające	60	45
F34 / Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)	9	8
F38 / Inne zaburzenia nastroju (afektywne)	9	36
F41 / Inne zaburzenia lękowe	4	6
F42 / Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)	–	1
F43 / Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	2	1
F45 / Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoform disorders)	1	3
F50 / Zaburzenia odżywiania	1	1
F60 / Specyficzne zaburzenia osobowości	–	5
F70 / Upośledzenie umysłowe lekkie	–	2
razem:	263	346

Źródło: Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy

Tabela 12. Leczeni w oddziałach psychiatrycznych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg rozpoznania w latach 2015 - 2016

Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych		
rozpoznanie według ICD-10	liczba leczonych pacjentów / osób	
	2015 rok	2016 rok
F41 / Inne zaburzenia lękowe	56	49
F42 / Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)	1	2
F43 / Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	14	19
F44 / Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	1	2
F45 / Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (soma-toform disorders)	2	4
F48 / Inne zaburzenia nerwicowe	–	5
F50 / Zaburzenia odżywiania	4	2
F52 / Dysfunkcja seksualna nie spowodowana zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną	1	–
F60 / Specyficzne zaburzenia osobowości	26	19
F62 / Trwale zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu	1	–
razem:	106	102

Źródło: Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy

Podsumowanie

W okresie 2015-16 wzrosła liczba leczonych w szpitalach psychiatrycznych oraz ilość osobodni pobytu.

W analizowanym okresie liczba pacjentów leczonych na oddziałach psychiatrycznych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy pozostawała na podobnym poziomie. Najliczniejszymi grupami leczonych byli pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi użyciem alkoholu (F10) oraz schizofrenią (F20). Podobna sytuacja miała miejsce na oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych. Najliczniejszymi grupami leczonych byli pacjenci z innymi zaburzeniami lękowymi (F41) oraz specyficznymi zaburzeniami osobowości (F60). W przypadku oddziału psychiatrycznego dla chorych somatycznie w roku 2016 widoczny jest wzrost ilości leczonych w stosunku do roku poprzedniego. Najliczniejszymi grupami leczonych byli pacjenci z innymi zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (F06) oraz zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi (F33).

1.2. Prognoza zapadalności rejestrowanej na choroby psychiczne dla województwa świętokrzyskiego na lata 2020-2029

Prognoza przedstawiona w „Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa świętokrzyskiego” została opracowana na podstawie obliczonych na rok 2014 współczynników zapadalności rejestrowanej w przekroju uwzględniającym poszczególne grupy wiekowe, płeć i miejsce zamieszkania (miasto/wieś) oraz prognozy ludności Głównego Urzędu Statystycznego.

Ponieważ współczynniki zapadalności zostały określone na bazie danych rejestrowych i nie jest możliwe pełne zweryfikowanie z jakiego powodu zapadalność rejestrowana różni się między województwami, opracowano cztery warianty przedmiotowej prognozy. W poniższej tabeli przedstawiono prognozę dla skrajnych wariantów demograficznych: minimalnego oraz maksymalnego.

Tabela 13. Prognoza zapadalności rejestrowanej na choroby psychiczne dla województwa świętokrzyskiego na lata 2020-2029

Grupa chorób	Prognoza zapadalności rejestrowanej (w tys.)					
	Wariant demograficzny minimalny			Wariant demograficzny maksymalny		
	2020	2029	Zmiana	2020	2029	Zmiana
Zaburzenia organiczne	2,72	3,13	↑	3,98	4,48	↑
Schizofrenia	0,38	0,35	↓	0,68	0,64	↓
Psychozy inne niż schizofrenia	0,26	0,25	↓	0,35	0,32	↓
Zaburzenia nastroju	2,03	1,94	↓	4,16	3,93	↓
Zaburzenia lękowe	5,72	5,31	↓	8,88	8,16	↓
Zaburzenia odżywiania	0,08	0,06	↓	0,12	0,10	↓
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	0,16	0,16	–	0,40	0,38	↓
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	0,48	0,42	↓	0,89	0,78	↓
Nieppełnosprawność intelektualna	0,41	0,36	↓	0,73	0,66	↓
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	0,96	0,83	↓	2,09	1,8	↓
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	0,89	0,76	↓	1,82	1,56	↓

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa świętokrzyskiego

W każdej z wybranych prognoz przewidywany jest wzrost zapadalności rejestrowanej w grupie zaburzeń organicznych o 15,12% dla wariantu minimalnego oraz o 12,65% dla wariantu maksymalnego. Trend wzrostowy w województwie świętokrzyskim koreluje z takim samym trendem w Polsce.

Należy zaznaczyć, że wzrost w województwie jest niższy niż średni wzrost zapadalności w Polsce, który wynosi 18% w wariancie minimalnym oraz 16% w wariancie maksymalnym.

W pozostałych grupach chorób psychicznych, na lata 2020-2029 prognozowany jest spadek zapadalności rejestrowanej. Trend w województwie koreluje ze spadkowym trendem ogólnopolskim, w przypadku każdej pozostałej grupy chorób psychicznych.

Największy spadek przewidywany jest w:

- zaburzeniach odżywiania (16,67% w wariancie minimalnym oraz 16,52% w wariancie maksymalnym),
- zaburzeniach zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (odpowiednio 13,75% oraz 14,09%),
- zaburzeniach rozwoju psychologicznego (odpowiednio 13,68% oraz 13,6%,)
- zaburzeniach osobowości i zachowania dorosłych (odpowiednio 13,46% oraz 12,12%).

Wysoki spadek zapadalności prognozowany jest również dla schizofrenii (odpowiednio 9,11% oraz 6,47%).

Prognozowane spadki zapadalności w województwie świętokrzyskim są większe niż spadki zapadalności w Polsce.

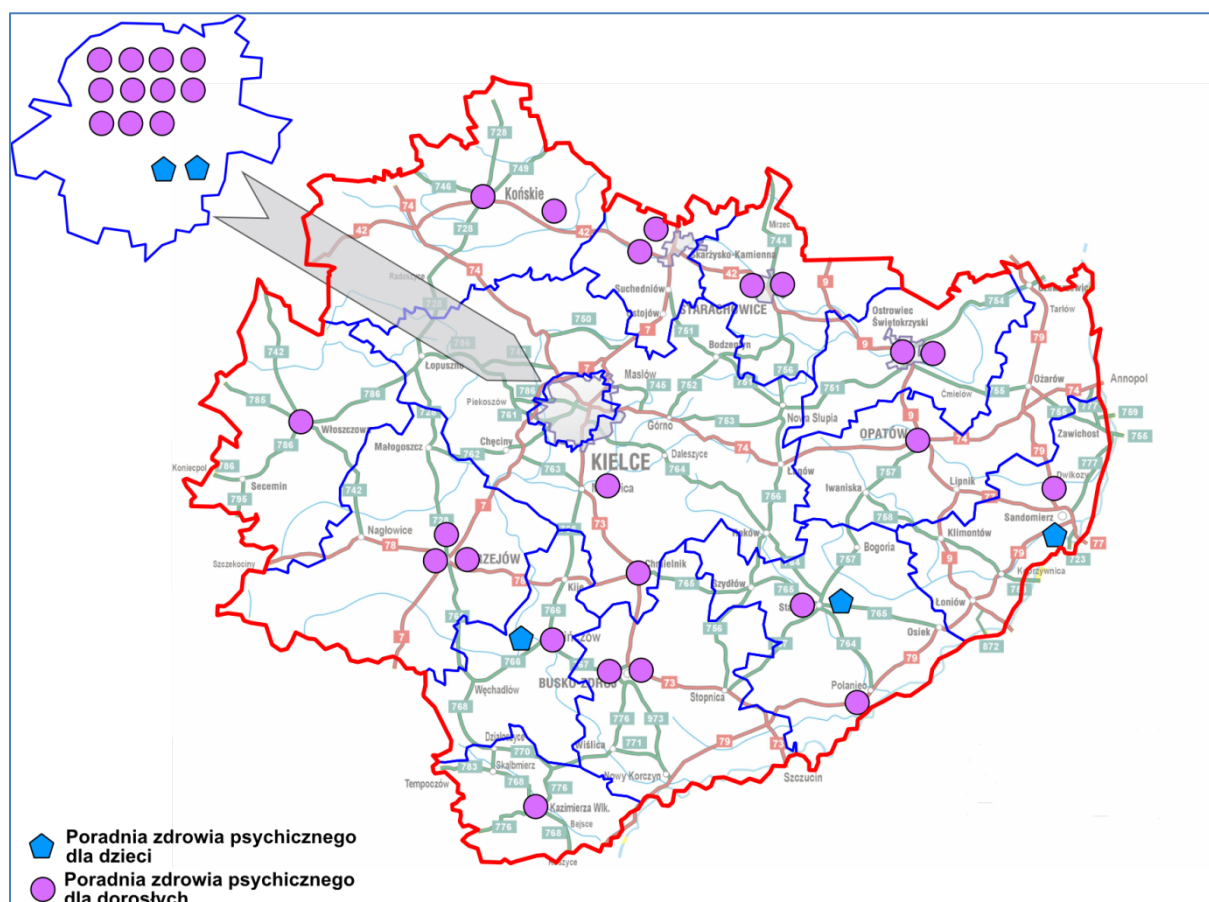
1.3. Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie świętokrzyskim

1.3.1. Poradnie zdrowia psychicznego

W zakresie psychiatrycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w roku 2017 na terenie województwa świętokrzyskiego funkcjonowało (udzielało świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w ramach umów zawartych ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia) 38 poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży, w tym:

- 33 poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych,
- 5 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

Rozmieszczenie wyżej wymienionych poradni na terenie województwa świętokrzyskiego, przedstawiono na poniższym rysunku.



Rysunek 1. Rozmieszczenie poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz poradni zdrowia psychicznego dla dzieci na terenie województwa świętokrzyskiego (opracowanie własne na podst. Danych ze SÓW NFZ)

W każdym z powiatów województwa świętokrzyskiego funkcjonuje poradnia

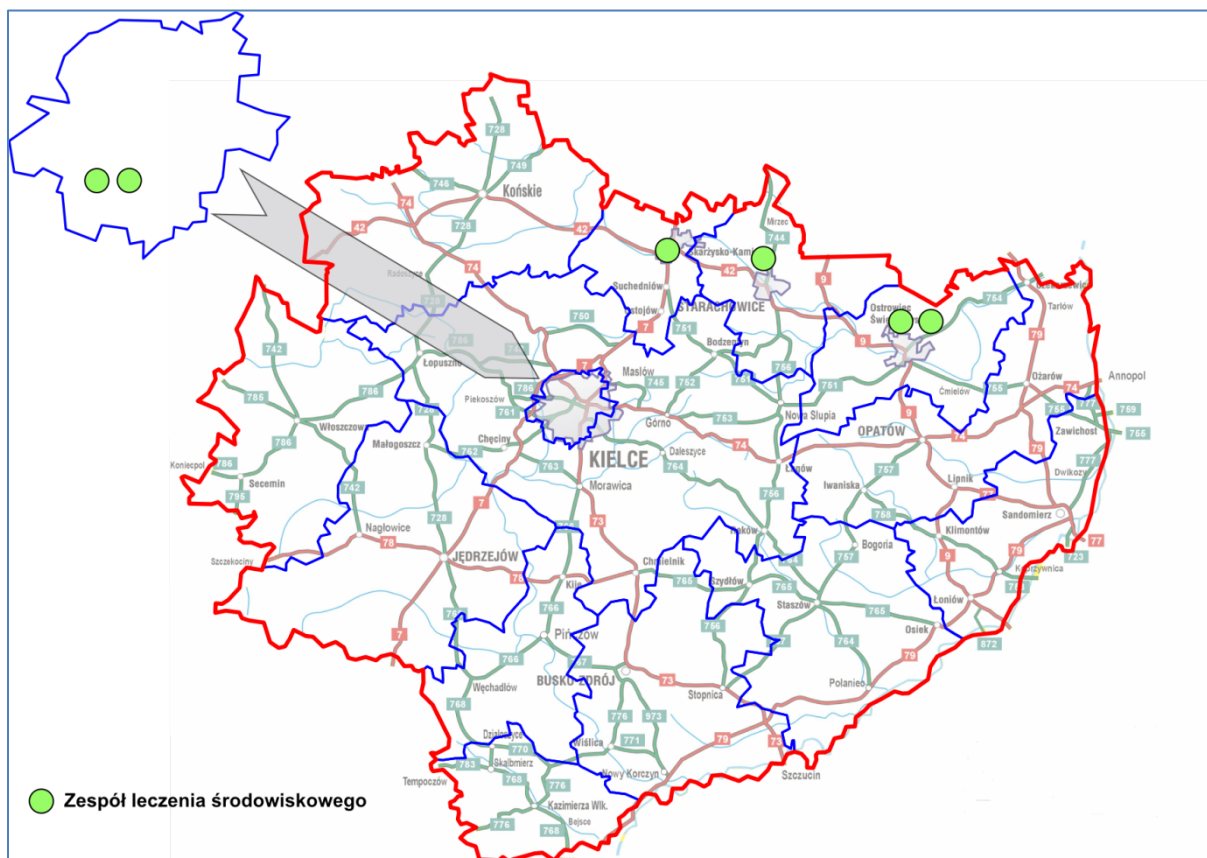
zdrowia psychicznego dla dorosłych, udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach umowy ze ŚOW NFZ.

W Kielcach funkcjonuje jednaście poradni, w powiecie jędrzejowskim – trzy, w powiatach: włoszczowskim, kazimierskim, opatowskim i sandomierskim – po jednej, a w pozostałych powiatach po dwie.

Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci, rozmieszczone są w województwie świętokrzyskim w sposób następujący: Kielce – dwie poradnie, powiaty: pińczowski, staszowski i sandomierski – po jednej. O ile poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych rozmieszczone są w sposób zapewniający pokrycie całego województwa, to poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci, poza Kielcami skupione są w jego południowo-wschodniej części.

1.3.2. Zespoły leczenia środowiskowego

W 2017 roku na terenie województwa świętokrzyskiego funkcjonowało sześć zespołów leczenia środowiskowego dla dorosłych, których rozmieszczenie przedstawiono poniżej.



Rysunek 2. Rozmieszczenie zespołów leczenia środowiskowego dla dorosłych na terenie województwa świętokrzyskiego (opracowanie własne na podst. Danych ze ŚOW NFZ)

Dwa zespoły udzielały świadczeń zdrowotnych w: Kielcach i powiecie ostrowieckim. W powiecie skarżyskim i starachowickim – po jednym.

Podobnie jak w przypadku poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, w przypadku zespołów leczenia środowiskowego występuje koncentracja świadczeniodawców w jednej części województwa.

1.3.3. Lecznictwo stacjonarne

W ramach psychiatrycznej opieki stacjonarnej w 2017 roku na terenie województwa funkcjonowało 617 łóżek psychiatrycznych (oddziały psychiatryczne całodobowe), w tym:

- 599 łóżek psychiatrycznych dla dorosłych,
- 18 łóżek psychiatrycznych dla dzieci.

Spośród nich 90% stanowiły łóżka w szpitalu o profilu psychiatrycznym, a pozostałe – łóżka psychiatryczne w tzw. szpitalu ogólnym.

W ramach psychiatrycznej opieki stacjonarnej funkcjonowało także na terenie województwa, 45 łóżek psychiatrycznych dziennych dla dorosłych, z których 2/3 zlokalizowane było w szpitalu o profilu psychiatrycznym, a pozostała część w szpitalu ogólnym.

Jak już nadmieniono powyżej, stacjonarna opieka psychiatryczna w województwie świętokrzyskim świadczona jest w ramach szpitala psychiatrycznego (Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy) i w szpitalu ogólnym (Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu).

Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii dysponuje 454 łózkami psychiatrycznymi ogólnymi, 36 łózkami psychosomatycznymi, 16 łózkami psychogeriatrycznymi, 15 łózkami leczenia zaburzeń nerwicowych, 18 łózkami psychiatrycznymi dziecięcymi oraz 30 miejscami w oddziale dziennym.

Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu dysponuje 60 łózkami psychiatrycznymi ogólnymi oraz 15 miejscami w oddziale dziennym.

Poniżej przedstawiono rozlokowanie stacjonarnej opieki psychiatrycznej na terenie województwa.



Rysunek 3. Rozmieszczenie psychiatrycznego lecznictwa stacjonarnego na terenie województwa świętokrzyskiego (opracowanie własne na podst. danych ze ŚOW NFZ)

Oddziały: psychiatryczny dla dzieci, psychiatryczny dla dorosłych oraz psychiatryczny dzienny, które zostały zobrazowane na powyższym rysunku na terenie Kielc, są komórkami organizacyjnymi Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy, ulokowanymi w Kielcach na ul. Kusocińskiego.

Jak już wspomniano powyżej, psychiatryczne lecznictwo stacjonarne, skoncentrowane jest w dwóch podmiotach leczniczych, z których Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy jest podmiotem zdecydowanie dominującym (ponad 88% zasobów psychiatrycznej opieki stacjonarnej). Sytuacja taka nie służy zapewnieniu równomiernej dostępności terytorialnej do form stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego na terenie województwa świętokrzyskiego.

1.3.4. Zasoby kadrowe

Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego²⁷, w roku 2016 na terenie województwa świętokrzyskiego zatrudnionych było 84 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii, w tym 5 ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii dziecięcej oraz 110 pielęgniarek psychiatrycznych²⁸.

²⁷ http://wczp.kielce.uw.gov.pl/ftp/pliki/wczp/sm/pub/Biuletyn_kolorowy_za_2016_rok.pdf

²⁸ Przez pielęgniarkę psychiatryczną rozumie się pielęgniarkę, która posiada ukończoną specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub/i ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

1.4. Kompleksowość psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie świętokrzyskim

Kompleksowa opieka psychiatryczna obejmuje pięć form leczenia²⁹:

- poradnia (kod: 1700, 1704, 1706, 1710, 1750, 1790)
- zespół leczenia środowiskowego (kod: 2730, 2732)
- oddział dzienny (kod: 2700, 2702, 2704, 2706, 2710)
- izba przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy – SOR (kod: 4900, 4902)
- oddział całodobowy (kod: 4700, 4702, 4704, 4710, 4712, 4714, 4716)

Tabela 14. Podmioty świadczące kompleksową opiekę psychiatryczną w województwie świętokrzyskim w 2014 r.

Liczba form leczenia	Podmiot leczniczy / zakład leczniczy			
	Dorośli		Dzieci	
	Liczba	Nazwa	Liczba	Nazwa
pięć	1	Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy Kielce ul. Kusocińskiego	0	x
cztery	1	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu (poradnia, izba przyjęć, oddział dzienny, oddział całodobowy)	0	x
trzy	1	Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy (poradnia, izba przyjęć, oddział całodobowy)	1	Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy - Kielce ul. Kusocińskiego (poradnia, zespół leczenia środowiskowego, oddział całodobowy)
dwie	10	x	0	x
jedna	34	x	11	x

Źródło Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa świętokrzyskiego (dorośli – str.333-334; dzieci i młodzież – str.336-337)

²⁹ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa świętokrzyskiego s. 331

W 2014 roku w województwie świętokrzyskim była tylko jedna placówka dysponująca wszystkimi formami leczenia osób dorosłych. Cztery formy leczenia posiadała jedna placówka, trzy z wymienionych - dwie, dwie z wymienionych - dziesięć. Natomiast tylko jedną formę leczenia obejmowało trzydzieści cztery placówki, czyli 72,3% wszystkich placówek udzielających świadczenia z zakresu zaburzeń psychicznych w województwie.

W 2014 roku w województwie świętokrzyskim nie było placówek dysponujących wszystkimi pięcioma oraz czterema formami leczenia dla dzieci. Dwie placówki obejmowała trzy z wymienionych form. Nie było żadnej placówki z dwiema formami leczenia. Natomiast tylko jedną formę leczenia obejmowało jedenaście placówek, czyli 91,7% wszystkich placówek udzielających świadczenia z zakresu zaburzeń psychicznych w województwie.

Znamiennym jest, że w 2014 roku na terenie całego kraju nie było żadnej placówki dla dzieci obejmującej wszystkie wymienione formy leczenia na terenie jednego ośrodka. Pięć placówek w Polsce obejmowało cztery formy leczenia, a osiemnaście trzy formy leczenia.

1.5. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa świętokrzyskiego w zakresie dotyczącym opieki psychiatrycznej

Problem zapewnienia kompleksowej opieki psychiatrycznej w województwie świętokrzyskim został podniesiony w aktualizacji priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa świętokrzyskiego.³⁰

W przedmiotowym akcie prawnym, w części 2. Strategia i wdrażanie, rozdział A. Priorytety zdrowotne, ustalono priorytet nr 9 pn.: „Zapewnienie kompleksowej, koordynowanej i wielostronnej opieki osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania”.

Realizacji powyższego priorytetu służą następujące cele długoterminowe:

1. Poprawa dostępności do diagnostyki.
2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.
3. Poprawa parametrów opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w wieku rozwojowym.

W ramach każdego z celów określono sposoby ich realizacji, które sformułowano następująco:

ad. 1.

- tworzenie poradni psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w powiatach;
- tworzenie warunków dla rozwoju kadry specjalistycznej w zakresie leczenia chorób psychicznych.

ad. 2.

- tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego zajmujących się profilaktyką i leczeniem zaburzeń psychicznych;
- zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie problematyki chorób psychicznych poprzez działania edukacyjne;

³⁰ Zarządzenie nr 21/2018 Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 28 lutego 2018 roku zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa świętokrzyskiego

- zwiększenie dostępu do kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej (poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego) we wszystkich powiatach.

ad. 3.

- poprawa dostępności opieki ambulatoryjnej i środowiskowej;
- stworzenie kompleksowego modelu profilaktyki zaburzeń psychicznych okresu rozwojowego.

Przyjęte priorytety, w części dotyczącej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w pełni korelują z założeniami niniejszego programu.

2. Analiza SWOT w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dla województwa świętokrzyskiego

Analiza SWOT powstała w celu uporządkowania czynników istotnych dla sytuacji ochrony zdrowia psychicznego w województwie. W ramach analizy zidentyfikowano mocne i słabe strony aktualnego stanu oraz szanse i zagrożenia z nich wynikające.

Słabe strony	Mocne strony
<ul style="list-style-type: none"> - niekorzystna sytuacja demograficzna i epidemiologiczna województwa (starzejące się społeczeństwo oraz względnie duże rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych) - nierównomierne rozmieszczenie zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej na terenie województwa - niedostateczna liczba zespołów leczenia środowiskowego - niewystarczające zasoby kadrowe, szczególnie w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży - brak centrów zdrowia psychicznego, w tym dla dzieci i młodzieży - niedostateczna liczba miejsc dziennej opieki psychiatrycznej - niewystarczające zasoby ambulatoryjnej i dziennej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży - funkcjonowanie na terenie regionu tylko jednego zakładu leczniczego świadczącego kompleksową opiekę zdrowotną dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi - niezrealizowanie założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 	<ul style="list-style-type: none"> - ponadlokalny (specjalistyczny szpital psychiatryczny, który zaspokaja potrzeby zdrowotne mieszkańców w zakresie profilowanych i referencyjnych świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej - ugruntowana pozycja organizacji pozarządowych działających w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego - ambulatoryjna psychiatryczna opieka zdrowotna w powiatach, nakierowana na leczenie oraz profilaktykę zaburzeń psychicznych
Zagrożenia	Szanse
<ul style="list-style-type: none"> - nasilanie się negatywnych procesów demograficznych i epidemiologicznych, będących skutkiem starzenia się mieszkańców województwa - brak finansowania przez Budżet Państwa, zadań jednostek samorządu terytorialnego wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 - rosnące zapotrzebowanie na psychiatryczne usługi zdrowotne i społeczno-opiekuńcze wynikające z prognozy zapadalności rejestrowanej zawartej w mapie potrzeb zdrowotnych w dziedzinie psychiatrii - niewystarczający poziom finansowania psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przy stałym wzroście kosztów działalności podmiotów leczniczych - mała dynamika wzrostu liczby specjalistycznej medycznej kadry psychiatrycznej (lekarze i pielęgniarki) spowodowane małym zainteresowaniem pracą w psychiatrycznej opiece zdrowotnej - niewystarczająca aktywność samorządów lokalnych w kreowaniu polityki ochrony zdrowia psychicznego 	<ul style="list-style-type: none"> - wzajemnie uzupełniające się dokumenty krajowe – Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 oraz Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 – wskazujące pożądane kierunki zmian w psychiatrycznej opiece zdrowotnej - możliwość pozyskania środków zewnętrznych z Unii Europejskiej, na realizację poprawy dostępności i jakości opieki psychiatrycznej oraz wsparcia społecznego - planowane wdrożenie przez Ministerstwo Zdrowia programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego - aktywizacja sektora pozarządowego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego - wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa województwa w zakresie profilaktyki problemów zdrowia psychicznego

3. Cele i zadania województwa wynikające z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022³¹ oraz z Narodowego Programu Zdrowia³²

Cel główny: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy (a): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

- 1) opracowanie we współpracy z samorządami powiatów, wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa, określającego także strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych w zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych;
- 2) wspieranie wdrażania planu poprawy dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz umiejscowienia CZP zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa.

Realizator: Departament Ochrony Zdrowia.

³¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458.)

³² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492)

Wskaźnik monitorujący: opracowany dokument pn.: „Program rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie świętokrzyskim do roku 2022”

Termin realizacji:

- 1) opracowanie dokumentu do końca 2018 roku;
- 2) realizacja ciągła wspierania planu poprawy dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz umiejscowienia CZP.

Cel szczegółowy (b): upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania:

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

Realizator: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.

Wskaźnik monitorujący:

- 1) opracowany dokument;
- 2) liczba wspartych projektów w okresie sprawozdawczym.

Termin realizacji:

- 1) do końca 2018 roku;
- 2) realizacja ciągła.

Cel szczegółowy (c): aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

- 1) zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) aktualizacja i wdrażanie wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz

przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi;

- 3) prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej, adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi.

Realizator: Wojewódzki Urząd Pracy w Kielcach

Wskaźnik monitorujący:

- 1) liczba osób objętych formami wsparcia w okresie sprawozdawczym;
- 2) opracowany dokument;
- 3) liczba pracodawców objętych kampanią w okresie sprawozdawczym.

Termin realizacji:

- 1) realizacja ciągła;
- 2) do końca 2018 roku;
- 3) realizacja ciągła.

Cel szczegółowy d): skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Zadania:

- 1) opracowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- 2) realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych dla samorządu województwa;
- 3) przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym w oparciu o informacje przekazane przez samorządy powiatowe, w wersji elektronicznej;
- 4) powołanie zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, z udziałem przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, opieki zdrowotnej oraz systemu oświaty.

Realizator:

- 1) Departament Ochrony Zdrowia;

- 2) Departament Ochrony Zdrowia, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Wojewódzki Urząd Pracy w Kielcach;
- 3) Departament Ochrony Zdrowia.
- 4) Departament Ochrony Zdrowia.

Wskaźnik monitorujący:

- 1) opracowany dokument pn.: „Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego dla województwa świętokrzyskiego na lata 2018-2022”;
- 2) okresowe sprawozdanie z realizacji programu;
- 3) opracowany przewodnik;
- 4) powołany zespół.

Termin realizacji:

- 1) do końca lipca 2018;
- 2) realizacja ciągła;
- 3) realizacja ciągła (1 raz w roku – w okresie obowiązywania programu);
- 4) do końca 2018 roku.

4. Rekomendowane działania służące zwiększeniu dostępności i zmniejszeniu nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej opieki psychiatrycznej w województwie świętokrzyskim

Na podstawie raportu pn.: „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020 – Rekomendacje”³³, przeprowadzonych w niniejszym dokumencie analiz: epidemiologicznej i zasobów województwa świętokrzyskiego oraz zapisów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022”, Samorząd Województwa Świętokrzyskiego rekomenduje wszystkim podmiotom działającym na rzecz psychiatrycznej opieki zdrowotnej podjęcie niżej wymienionych działań:

A. Dostosowanie bazy ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego dla dorosłych poprzez:

- tworzenie centrów zdrowia psychicznego zgodnie z poniższymi zasadami;

Zgodnie ze światowymi trendami, wyrażonymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), opieka psychiatryczna powinna odchodzić od modelu leczenia stacjonarnego, w którym dominuje pozycja dużego szpitala psychiatrycznego, w kierunku powszechnie dostępnych i zróżnicowanych form opieki środowiskowej. Opieka psychiatryczna powinna stać się opieką środowiskową zorganizowaną w centra zdrowia psychicznego (CZP).

Według wytycznych zawartych w Rozdziale 4 załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, w województwie świętokrzyskim powinno powstać docelowo minimum siedem centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych, gdyż jedno centrum powinno zostać utworzone na obszarze zamieszkałym przez nie więcej niż 200 tysięcy osób (liczba ludności w województwie świętokrzyskim w 2017 r. wynosiła 1 247 732 osoby - Bank Danych Lokalnych GUS). Zespół dziecięco-młodzieżowy może funkcjonować w ramach jednego podmiotu

³³ Raport „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2012 – Rekomendacje”; op. cit.

lecniczego, w integracji z CZP dla dorosłych, tworząc wyspecjalizowany zespół dziecięco-młodzieżowy CZP.

Centrum zdrowia psychicznego powinno składać się co najmniej z zespołu: ambulatoryjnego (przychodni), środowiskowego (mobilnego), dziennego i szpitalnego oraz punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego. Podmiot prowadzący CZP może posiadać także umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień. Ponadto, CZP powinno ściśle współpracować z lokalnymi podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację zawodową i inne formy pomocy dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

- zwiększenie zasobów zdeinstytucjonalizowanych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej innych niż centra zdrowia psychicznego;

Należy dążyć, aby w każdym powiecie była dostępna przynajmniej jedna zdeinstytucjonalizowana forma psychiatrycznej opieki zdrowotnej, inna niż poradnia zdrowia psychicznego (np.: oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego) współdziałająca z systemem opieki społecznej.

- zwiększenie dostępności terytorialnej do zespołów leczenia środowiskowego.

Należy dążyć, aby zespoły leczenia środowiskowego działały we wszystkich powiatach.

B. Dostosowanie bazy leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi poprzez:
--

- utworzenie zespołów dziecięco-młodzieżowych funkcjonujących w integracji z działającymi CZP dla dorosłych;

Należy dążyć, aby na terenie województwa działały co najmniej dwa zespoły dziecięco-młodzieżowe, z których każdy będzie obejmował opieką obszar zamieszkały przez nie więcej niż 600 tys. – 800 tys. mieszkańców.

- zwiększenie zasobów ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży;

Należy dążyć, aby poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży działały w każdym obszarze odpowiedzialności terytorialnej CZP.

- zwiększenie dostępności psychiatrycznych oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży;

Należy dążyć, aby na terenie województwa działały co najmniej cztery dzienne oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.

- zwiększenie liczby zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży;

Należy dążyć, aby na terenie województwa funkcjonowały co najmniej cztery zespoły leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży.

Szczegółowe rozwiązania znajdują się w „Programie rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie świętokrzyskim do roku 2022”, który zostanie opracowany we współpracy z samorządami powiatów do końca 2018 roku.

5. Źródło finansowania i harmonogram realizacji

Zgodnie z treścią Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, „przedmiotowe zadania zawarte w Programie wskazane do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego należą do grupy zadań własnych i finansowane będą ze środków będących w dyspozycji jednostki samorządu terytorialnego”.

Biorąc pod uwagę powyższe, Samorząd Województwa Świętokrzyskiego będzie corocznie określał kwotę środków finansowych na realizację zadań wynikających z przedmiotowego dokumentu dla poszczególnych jego realizatorów.

Dodatkowym wsparciem mogą być środki unijne w ramach Europejskiego Funduszy Rozwoju Regionalnego oraz Europejskiego Funduszu Społecznego, wydatkowane zgodnie z Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

Działania określone w Programie planowane są do realizacji w sposób ciągły (w latach 2018-2022), uzależniony jednak od wysokości środków finansowych, którymi będą dysponowały podmioty odpowiedzialne za przeprowadzenie zadań z poszczególnych części RPOZP. Termin realizacji zadań umieszczono pod opisem każdego z nich, w części 3. niniejszego programu.

6. Monitorowanie

Sprawozdania z realizacji niniejszego programu wykonywane będą z częstotliwością, w formie i zakresie określonymi przez Ministerstwo Zdrowia.

Przewiduje się sporządzenie końcowego sprawozdania z realizacji niniejszego programu po zakończeniu jego realizacji w roku 2023.

Monitoring celu głównego, celów szczegółowych i zadań zostanie przeprowadzony w oparciu o dostępne dane charakteryzujące:

a) stan zdrowia populacji:

- zarejestrowani w poradniach zdrowia psychicznego wg przyczyn,
- zarejestrowani w poradniach zdrowia psychicznego po raz pierwszy wg przyczyn,
- niepełnosprawność z powodu chorób psychicznych (O2-P),
- aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością z powodu chorób psychicznych (O2-P),
- zamachy samobójcze,
- leczeni w lecznictwie stacjonarnym,

b) zasoby opieki psychiatrycznej:

- liczba poszczególnych form lecznictwa psychiatrycznego,
- liczba łóżek psychiatrycznych, w tym w szpitalach ogólnych,
- liczba miejsc na oddziałach dziennych oraz w innych ośrodkach opieki pozaszpitalnej,
- liczba lekarzy psychiatrów,
- liczba pielęgniarek psychiatrycznych,

oraz stopień osiągnięcia mierników wyznaczonych dla poszczególnych zadań. Wskaźniki monitorujące umieszczono pod opisem zadań, w treści części 3. niniejszego programu.

Piśmiennictwo

1. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa świętokrzyskiego.
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492)
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458.)
4. Zarządzenie nr 21/2018 Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 28 lutego 2018 roku zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa świętokrzyskiego
5. Davidson L. i in., *Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives*, Schizophr. Bull. 2008, 34.
6. Dąbrowski K., *Zdrowie psychiczne*, PWN, Warszawa 1985.
7. Dąbrowski S. i in., *Środowiskowe domy samopomocy jako forma oparcia społecznego*, Psychiatr Pol 1998, 32(4).
8. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Raport „Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce”, 2008.
9. Jane-Llopis, E., Anderson, P.. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe*, Radboud University Nijmegen, Nijmegen 2005.
10. Komisja Europejska, *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. European pro le of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH)*, The Institute of Mental Health, Nottingham 2013.
11. Prot K. i in., *Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej – badanie pilotażowe*, Psychiatr Pol 2011, 45(6).
12. Raport „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na 2016-2020 – Rekomendacje, Obywatelska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego”, pod red. prof. B. Łozy i J. Gryglewicza.
13. Rzecznik Praw Obywatelskich, Raport „Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania plany, bariery i dobre praktyki”, 2014.
14. Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa: idea...* Post Psychiatr Neurol 2000, 9.
15. Wiórka J. (red.), *Psychiatria*, t. 3, Urban & Partner, Wrocław 2003.
16. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/122324,Zamachy-samobojcze-od-2013-roku>
17. <http://wczp.kielce.uw.gov.pl/czp/statystyka/publikacje/8159,Sytuacja-zabezpieczenia-opieki-zdrowotnej.html>
18. www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Spis tabel

- Tabela 1.** Wybrane zaburzenia badane w ramach programu EZOP i estymowana liczba mieszkańców województwa świętokrzyskiego dotkniętych chorobą
- Tabela 2.** Liczba osób w zamachach samobójczych w poszczególnych powiatach województwa świętokrzyskiego w latach 2014-2016
- Tabela 3.** Osoby w wieku do 16 r.ż. oraz od 16 do 60 lat i więcej, zaliczone do osób niepełnosprawnych prawomocnym orzeczeniem lub wyrokiem sądu z uwzględnieniem wieku w podziale na powiaty w latach 2014-2016
- Tabela 4.** Osoby w wieku do 16 r.ż. oraz od 16 do 60 lat i więcej, zaliczone do osób niepełnosprawnych prawomocnym orzeczeniem lub wyrokiem sądu z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności w podziale na powiaty w latach 2014-2016
- Tabela 5.** Osoby od 16 do 60 lat i więcej, zaliczone do osób niepełnosprawnych prawomocnym orzeczeniem lub wyrokiem sądu z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności wg. wykształcenia w podziale na powiaty w latach 2014-2016
- Tabela 6.** Osoby od 16 do 60 lat i więcej, zaliczone do osób niepełnosprawnych prawomocnym orzeczeniem lub wyrokiem sądu z wg. stanu zatrudnienia w podziale na powiaty w latach 2014-2016
- Tabela 7.** Leczeni w oddziałach psychiatrycznych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg miejsca zamieszkania w latach 2015-2016
- Tabela 8.** Leczeni w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg miejsca zamieszkania w latach 2015-2016
- Tabela 9.** Leczeni w oddziale psychiatrycznym dla chorych somatycznie Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg miejsca zamieszkania w latach 2015-2016
- Tabela 10.** Leczeni w oddziałach psychiatrycznych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg rozpoznania w latach 2015-2016
- Tabela 11.** Leczeni w oddziałach psychiatrycznych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg rozpoznania w latach 2015-2016
- Tabela 12.** Leczeni w oddziałach psychiatrycznych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wg rozpoznania w latach 2015-2016
- Tabela 13.** Prognoza zapadalności rejestrowanej na choroby psychiczne dla województwa świętokrzyskiego na lata 2020-2029
- Tabela 14.** Podmioty świadczące kompleksową opiekę psychiatryczną w województwie świętokrzyskim w 2014 r.

Spis wykresów

- Wykres 1.** Liczba osób, których zamachy zakończyły się zgonem w latach 2014–2016
- Wykres 2.** Liczba osób uczestniczących w zamachach samobójczych w województwie świętokrzyskim w latach 2014–2016 (wg danych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Kielcach)
- Wykres 3.** Liczba zamachów samobójczych w województwie świętokrzyskim w latach 2014–2016 w zależności od miejsca zamieszkania zamachowca (wg KWP w Kielcach)
- Wykres 4.** Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014–2016 w zależności od miejsca popełnienia zamachu (wg KWP w Kielcach)
- Wykres 5.** Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014–2016 w zależności od sposobu popełnienia zamachu (wg KWP w Kielcach)
- Wykres 6.** Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014–2016 w zależności od przyczyn popełnienia zamachu (wg KWP w Kielcach)
- Wykres 7.** Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014–2016 w zależności od sytuacji rodzinnej osoby dokonującej zamachu (wg KWP w Kielcach)
- Wykres 8.** Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014–2016 w zależności od wykształcenia i sytuacji zawodowej osoby dokonującej zamachu (wg KWP w Kielcach)
- Wykres 9.** Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014–2016 w zależności od stanu świadomości osoby dokonującej zamachu (wg KWP w Kielcach)
- Wykres 10.** Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014–2016 w zależności od wieku osoby dokonującej zamachu (wg KWP w Kielcach)
- Wykres 11.** Liczba samobójstw w województwie świętokrzyskim w latach 2014–2016 w zależności od wieku osoby dokonującej zamachu (wg KWP w Kielcach) – c.d.
- Wykres 12.** Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności 02-P w latach 2014–2016 wg wieku (wg danych z Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach)
- Wykres 13.** Ilość osób z orzeczeniem o niepełnosprawności 02-P w latach 2014–2016 wg stopnia niepełnosprawności (wg danych z Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach)
- Wykres 14.** Ilość osób z orzeczeniem o niepełnosprawności 02-P w latach 2014–2016 wg poziomu wykształcenia (wg danych z Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach)
- Wykres 15.** Aktywność zawodowa osób z orzeczeniem o niepełnosprawności 02-P w latach 2014 – 2016 (wg danych z Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach)
- Wykres 16.** Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)

- Wykres 17.** Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. z powodu zaburzeń nerwowych – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)
- Wykres 18.** Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. z powodu organicznych zaburzeń psychicznych włącznie z zespołami objawowymi – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)
- Wykres 19.** Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. z powodu schizofrenii – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)
- Wykres 20.** Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. z powodu zaburzeń nastroju – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)
- Wykres 21.** Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych województwach w 2015 r. z powodu zaburzeń rozwojowych – wskaźnik na 1 tys. ludności (wg GUS)
- Wykres 22.** Leczeni w poradniach zdrowia psychicznego w woj. świętokrzyskim ogółem oraz leczeni po raz pierwszy w latach 2014-2016 (wg WPSiZ ŚUW)
- Wykres 23.** Dynamika zmian ogólnej liczby leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w woj. świętokrzyskim w 2016 r. w stosunku do 2014 r. (wg WPSiZ ŚUW)
- Wykres 24.** Struktura leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w woj. świętokrzyskim w 2016 r. wg rozpoznania zasadniczego (wg WPSiZ ŚUW)
- Wykres 25.** Dynamika zmian ogólnej liczby leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego w woj. świętokrzyskim w 2016 r. w stosunku do 2014 r. (wg WPSiZ ŚUW)
- Wykres 26.** Struktura leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego w woj. świętokrzyskim w 2016 r. wg rozpoznania zasadniczego (wg WPSiZ ŚUW)
- Wykres 27.** Leczeni w szpitalach psychiatrycznych oraz na oddziałach psychiatrycznych i psychogeriatrycznych w latach 2015-2016 (wg WPSiZ ŚUW)
- Wykres 28.** Osobodni wykonane w szpitalach psychiatrycznych oraz na oddziałach psychiatrycznych i psychogeriatrycznych w latach 2015-2016 (wg WPSiZ ŚUW)

Spis ilustracji

- Rysunek 1.** Rozmieszczenie poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz poradni zdrowia psychicznego dla dzieci na terenie województwa świętokrzyskiego (opracowanie własne na podst. Danych ze ŚOW NFZ)
- Rysunek 2.** Rozmieszczenie zespołów leczenia środowiskowego dla dorosłych na terenie województwa świętokrzyskiego (opracowanie własne na podst. Danych ze ŚOW NFZ)
- Rysunek 3.** Rozmieszczenie psychiatrycznego leczenia stacjonarnego na terenie województwa świętokrzyskiego (opracowanie własne na podst. danych ze ŚOW NFZ)