

**Ogłoszenie konkursu w ramach schematu makro-innowacji w temacie
Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami
psychicznymi – uzasadnienie wyboru tematu**

- **Liczba osób leczonych z powodu różnych zaburzeń psychicznych na świecie systematycznie wzrasta. Jest to już ponad 20% populacji.** Podobnie w Polsce, obserwowany jest nieustanny wzrost osób cierpiących z powodu różnych zaburzeń psychicznych. **W poradniach zdrowia psychicznego w kraju obecnie leczy się ponad milion osób.** Jednocześnie, według ostrożnych szacunków, w różnym stopniu natężenia oraz częstotliwości, pośrednio lub bezpośrednio **problemy te dotyczą około 5-8 mln Polaków.** Co więcej, w związku z intensywnym rozwojem cywilizacji i uprzemysłowienia, a co za tym idzie zwiększeniem poziomu społecznych zagrożeń dla zdrowia psychicznego, jak bezrobocie, ubóstwo, przemoc, singularyzacja życia, rozluźnienie więzi społecznych, w tym rodzinnych, przewidywane jest nasilenie się ryzyka pogorszenia kondycji psychicznej społeczeństwa.
- Pojawiające się zaburzenia psychiczne nie tylko degradują równowagę emocjonalną i psychiczną, zakłócają relację z rodziną, środowiskiem i najbliższym otoczeniem. Konsekwencją stanu psychicznego jest często utrata pracy, która z jednej strony obniżając standard jakości życia, prowadzi chorego do dalszego poczucia wykluczenia i bezradności, potęgując z drugiej strony psychiczne zaburzenie. **Problemy te w szczególnym stopniu dotyczą ludzi młodych, których psychiczna niepełnosprawność skazuje na społeczną izolację i ekonomiczny niebyt. Po zakończeniu leczenia szpitalnego osoby młode w Polsce najczęściej nie podejmują pracy i występują o świadczenie rentowe.** Dla tych, którzy decydują się na powrót na rynek pracy, niska samoocena i strach przed podjęciem zatrudnienia, społeczna stygmatyzacja, a także brak doświadczenia i odpowiednich kwalifikacji zawodowych sprawiają, że ich sytuacja jest bardzo trudna. Rosnący dystans, który dzieli pacjentów od pełnoprawnego udziału w życiu w społeczeństwie przekłada się proporcjonalnie na trudności w osiągnięciu skutecznej aktywizacji społeczno-zawodowej tej grupy i generuje kolejne koszty społeczne. **Niestety brak w Polsce rozwiązań systemowych opartych na modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych, który pozwala na skupieniu się na indywidualnych potrzebach oraz prawach każdego pacjenta.**
- Opieka psychiatryczna w Polsce w dalszym ciągu oparta jest na **paradygmacie oddziału ogólnopsychiatrycznego. Zespoły leczenia środowiskowego i hostele – zgodnie z informacjami zawartymi w Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego (NPOZP), przyjętym przez Radę Ministrów 28 grudnia 2010 r. – należą do znikomych form opieki a ich pacjenci stanowią niecały procent wszystkich leczonych.** Jednocześnie w Polsce nie ma ani jednego oddziału interwencji kryzysowej czy leczenia depresji. Pomimo rozbudowanej sieci poradni zdrowia psychicznego barierą pozostaje ich ograniczona kompleksowość usług i ograniczona dostępność – część z nich funkcjonuje wyłącznie w niektóre dni tygodnia. Dodatkowo w kontekście ww. potrzeb osób młodych, autorzy raportu Rzecznika Praw Obywatelskich pn. Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany bariery, dobre praktyki alarmują, że **w Polsce nie istnieje ani jeden zespół leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.**
- W identyfikacji luk i barier systemowych, jedną z zasadniczych przeszkód ograniczających skuteczność polskiego lecznictwa psychiatrycznego pozostaje **brak koordynacji polityk na styku zdrowia psychicznego i zabezpieczenia społecznego** pomiędzy resortami i regionami, a w konsekwencji na poziomie lokalnym. Podmioty udzielające usług leczniczych z zakresu psychiatrii oraz podmioty świadczące usługi społeczne funkcjonują w oparciu o różne regulacje ustawowe i w ramach odrębnych systemów (lecznictwo, pomoc społeczna). W praktyce powoduje to, że osoba w stanie lub po przebytych kryzysie psychicznym nie utrzymuje kompleksowej usługi, w ramach której standardem powinno być uzupełnianie usług zdrowotnych usługami społecznymi i odwrotnie. Jest to zgodne z ogólnoeuropejskimi zasadami przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, które mówią o integrowaniu tych dwóch rodzajów usług. **W Polsce niestety brak rozwiązań systemowych w tym zakresie.**

- Tymczasem wieloletnie doświadczenia zagraniczne (m.in. skandynawskie, włoskie, brytyjskie, niemieckie) w wypracowywaniu szeregu metod budowania psychiatrii środowiskowej wskazują, że **zdeinstytucjonalizowane i skoordynowane zaopiekowanie osób z zaburzeniami psychicznymi daje im większą szansę na włączenie społeczne i powrót na rynek pracy**, a co za tym idzie finansowe usamodzielnienie i uwolnienie pieniędzy podatników. Przykłady ww. krajów pokazują, że przechodzenie z leczenia szpitalnego na leczenie ambulatoryjne i środowiskowe przynosi wymierne efekty. Podobnie jak działania na rzecz integracji osób z zaburzeniami psychicznymi w społeczności lokalnej, budowa relacji pomiędzy pacjentami, ich rodzinami, personelem terapeutycznym, a w szczególności sekwencyjne angażowanie w proces zdrowienia pacjenta szeregu służb społecznych (edukacja, kultura, praca) i ruchów samopomocowych.
- Dla przykładu w Skandynawii po wyjściu pacjenta ze szpitala psychiatrycznego rozpoczyna się etap współpracy, który prowadzi do umocnienia jego zdrowia psychicznego. Jeśli zaistnieje potrzeba kontynuowane jest środowiskowe leczenie i rehabilitacja oraz działania prewencyjne, przeciwdziałające praktykom przywiązania pacjenta do instytucji medycznych czy pomocowych. Stawia się na samodzielność i aktywność oraz na uchronienie pacjenta przed wejściem w system rentowy czy zasiłkowy. Wspomniane doświadczenia krajów Europy pozwalają prognozować, że w dłuższej perspektywie spadną koszty leczenia chorób psychicznych. Trend ten będzie wynikiem spadku liczby koniecznych hospitalizacji, selektywnego podawania leków i przeciwdziałania praktykom przywiązywania pacjenta do instytucji medycznych czy pomocowych. To w konsekwencji prowadzić będzie do zmniejszenia kosztów pośrednich w postaci rent, zasiłków chorobowych itp.
- Dlatego też w nowej perspektywie finansowej 2014-2020 **Unia Europejska wyznaczyła jako jeden ze swoich priorytetów proces deinstytucjonalizacji usług**, w tym w szczególności w zakresie zdrowia psychicznego, rozumiany jako rozwój zindywidualizowanych usług w obrębie społeczności lokalnych, będący alternatywą dla opieki instytucjonalnej. Zgodnie ze stanowiskiem Komisji Europejskiej fundusze strukturalne stanowią ważne narzędzie wspierające proces zmian strukturalnych w tym zakresie. Ponadto w zapisach Umowy Partnerstwa choroby psychiczne są także wymienione w jednej z pięciu grup chorób będących najczęstszymi przyczynami opuszczania rynku pracy.
- **Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju (MliR)** bazując na dokumentach strategicznych i legislacyjnych stworzonych na poziomie międzynarodowym, europejskim i krajowym, a także opierając się na takich dokumentach jak Europejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, **aktywnie działa na rzecz wykorzystania szansy płynącej z środków unijnych na zapoczątkowanie procesu transformacji w obszarze zwiększenia w Polsce dostępności usług**. Przy programowaniu wsparcia na okres 2014-2020, zarówno w zakresie tworzenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), jak i kształtu interwencji w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych, MliR współpracował m. in. z **Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej i Ministerstwem Zdrowia, jako kluczowymi kreatorami rozwiązań legislacyjnych i finansowych w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych**.
- Realizacja działań w obszarze zdrowia psychicznego jest zaplanowana w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Wskazuje on na konieczność wielopłaszczyznowego podejścia do problemu. W pracę nad programem oraz w realizację jego założeń zaangażowane są organy, które w działaniach swoich oraz podległych im jednostek stale stykają się z problematyką zdrowia psychicznego. Program przewiduje m.in. rozwijanie pozaszpitalnych form opieki środowiskowej (oddziały dzienne, hostele, zespoły opieki środowiskowej) – stosownie do lokalnych potrzeb i zalecanych wskaźników. NPOZP nie ma natomiast stałego źródła finansowania, przewiduje jedynie zalecane kwoty środków, które mogą być przeznaczone na działania w obszarze zdrowia psychicznego przez właściwe instytucje, w tym szczebla regionalnego, gdzie powinny być realizowane działania z zakresu deinstytucjonalizacji.
- Uwzględniając kluczową rolę deinstytucjonalizacji dla zapewnienia pełniejszego udziału w życiu społecznym i integracji z rynkiem pracy, ale także negatywne trendy demograficzne i potrzebę

zapewnienia jak największej samodzielności i niezależności osób wymagających opieki, **Europejski Fundusz Społeczny w perspektywie finansowej 2014-2020 będzie wspierał szeroki wachlarz usług zdeinstytucjonalizowanych (m.in. opiekuńcze, asystenckie, pieczy zastępczej, mieszkań wspomaganych) zarówno w ramach RPO jak i POWER.**

- Z uwagi na powyższe, a także wychodząc naprzeciw sygnalizowanym na wstępie problemom osób z zaburzeniami psychicznymi oraz postulatom organizacji pozarządowych działających w obszarze rozwoju modelu polskiej psychiatrii środowiskowej, MliR proponuje **ogłoszenie w ramach innowacji społecznych w schemacie makro konkursu w temacie deinstytucjonalizacji ochrony zdrowia psychicznego.** Sfinansowanie ze środków EFS, właśnie w ramach innowacji społecznych, pilotażowego przetestowania różnych podejść do wypracowania struktury organizacyjnej, której celem będzie skoordynowana, w tym medyczna i społeczna, sieć wsparcia dla osób w trakcie i po przebytych kryzysach psychicznych, stwarza szansę na włączenie wypracowanych rozwiązań w główny nurt polityki.