Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach

Osoby z zaburzeniami psychicznymi otoczenie prawne – rekomendacje

Bielskie Stowarzyszenie Artystyczne
Teatr Grodzki

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Bielsku-Białej

Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.

Konstytucja RP, stanowiąca najwyższy rangą akt prawny obowiązujący w Polsce, reguluje najistotniejsze kwestie z punktu widzenia demokratycznego państwa prawnego. Obok zasad ustrojowych, kwestii źródeł prawa, Konstytucja odwołuje się do podstawowych praw i wolności przysługujących każdej jednostce. Przysługujących nie tyle z racji obywatelstwa (choć część z nich odnosi się właśnie do obywateli) ale z faktu bycia człowiekiem.

Źródłem praw i wolności jest przyrodzona i niezbywalna godność człowieka. W myśl zasady przyrodzonej godności, określonej w art. 30 Konstytucji, godność jest wartością nienaruszalną, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Godność odnosi się do każdego bez względu na płeć, wiek, stan zdrowia czy światopogląd. Jako fundamentalna zasada systemu prawnego zasada przyrodzonej godności winna być respektowana zarówno w procesie tworzenia jak i stosowania prawa.

Zgodnie z art. 32 Konstytucji wszyscy są wobec prawa równi oraz mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Zakazane są jakiekolwiek formy dyskryminacji w życiu politycznym, społecznym i gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny. Zasady równości i niedyskryminacji nie mają jednak na celu wprowadzenia równości faktycznej (wszyscy równi pod każdym względem i w każdej dziedzinie) tylko równości prawnej w obrębie przyznanych w Konstytucji wolności i praw. W konsekwencji zatem podmioty uznane za podobne mają być traktowane podobnie w prawie.

Konstytucja stanowi, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia przy czym to obywatelom władze mają obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa odrębna ustawa. Ponadto władze publiczne są zobligowane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. osobom niepełnosprawnym. *Podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia jest w świadomości społecznej jednym z najważniejszych praw, prawem podstawowym - i w istocie nim jest. Niewiele jest bowiem sfer tak mocno określających sytuację egzystencjalną człowieka jak zdrowie. Poza tym wpływa ono na możliwość korzystania z wielu innych wolności i praw.* (red. M. Haczkowska, Konstytucja RP. Komentarz, 2014). Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia nie może być jednak źródłem roszczeń w stosunku do Państwa gdyż zasady dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określa ustawa (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24.11.2006, III CSK 181/06).

W stosunku do osób niepełnosprawnych Konstytucja nakazuje dodatkowo władzom publicznym udzielania, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej. Podobnie jak w przypadku prawa do ochrony zdrowia przepis art. 69 Konstytucji nie może być samodzielnie źródłem roszczeń osób niepełnosprawnych gdyż zakres i warunki pomocy określone są odrębnym aktem prawnym o randze ustawowej. Niepełnosprawność w rozumieniu ww. przepisu jest pojęciem szerszym aniżeli pojęcie inwalidztwa i obejmuje zarówno utrudnienia w wykonywaniu różnych funkcji życiowych związane ze stanem zdrowia fizycznego, jak i obniżoną w znacznym stopniu sprawność umysłową (vide: red. M. Haczkowska, Konstytucja RP. Komentarz, 2014). W doktrynie przyjmuje się, że adresatami tego przepisu mogą być także instytucje społeczne wykonujące zadania publiczne na podstawie porozumień, konkursów (*Ibidem*).

PRAWO EUROPEJSKIE

I. Zielona Księga *Green Paper „Poprawa zdrowia psychicznego ludności; w stronę strategii zdrowia psychicznego w Unii Europejskiej”* z 14 października 2005 r.

Dokument ten nie stanowi wprawdzie źródła prawa ale jest pierwszym tego typu dokumentem dot. zdrowia psychicznego stworzonym w ramach Unii Europejskiej. Celem Zielonej Księgi jest ustanowienie wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego. Komisja Europejska wskazuje w nim, że zdrowie psychiczne Europejczyków stanowi podstawę do realizacji celów Unii oraz dostrzega, że zaniedbania w tym zakresie prowadzą do zbyt wielu samobójstw a ich skutki są kosztowne dla całego systemu. Ponadto wskazano, że napiętnowanie, dyskryminacja oraz brak poszanowania praw człowieka i godności ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie wciąż są rzeczywistością i kwestionują wartości europejskie.

Obok nacisku na zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej, Komisja Europejska wskazuje na potrzebę kompleksowego podejścia do problemu, które obejmowałoby także działania na rzecz całej ludności (promocja zdrowia, profilaktyka).

II. Traktat o funkcjonowaniu UE z 25 marca 1957 (Dz. U. z 2004 Nr 90 poz 864/2)

Akt podstawowy, mający istotne znaczenie dla funkcjonowania Wspólnoty. Każde z Państw Członkowskich zobowiązane jest do jego przestrzegania. Zdrowie publiczne stanowi jedną z dziedzin mających wymiar ponadnarodowy – europejski. Zgodnie z tym traktatem do kompetencji dzielonych pomiędzy Unią a Państwami Członkowskimi należą również te z zakresu wspólnych problemów bezpieczeństwa zdrowia publicznego. Unia w tym zakresie ma prawo do prowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań Państw Członkowskich. Ochrona zdrowia ludzkiego stanowi priorytet przy określaniu i urzeczywistnianiu polityk i działań Unii. Działanie Unii, które uzupełnia polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działanie to obejmuje zwalczanie epidemii, poprzez wspieranie badań nad ich

przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej, a także monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeganie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie (art. 168 Traktatu). Zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej działanie Unii ma uzupełniać polityki krajowe i być nakierowane na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego.

III. Europejski Pakt na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu 2005 r.

Pakt podejmował następujące priorytety:
– zapobieganie samobójstwom i depresji,
– promocja zdrowia psychicznego i dobrostanu wśród dzieci i młodzieży,
– promocja zdrowia psychicznego i dobrostanu w miejscu pracy,
– zdrowie psychiczne i dobrostan ludzi starszych,
– promowanie społecznej inkluzji i walka ze stygmatyzacją.

„Europejski Pakt na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego" umożliwia instytucjom UE, rządom krajowym, regionom i organizacjom społeczeństwa obywatelskiego podejmowanie wspólnych działań na rzecz poprawy poziomu zdrowia psychicznego. Zgodnie z paktem dobrostan psychiczny jest podstawowym czynnikiem zdrowia i jakości życia oraz stanowi warunek wstępny, jeśli chodzi o zdolność uczenia się, pracy i aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym**.** Czynniki zdrowia i dobrostanu psychicznego, takie jak wykluczenie społeczne, ubóstwo, bezrobocie, złe warunki mieszkaniowe i złe warunki pracy, problemy edukacyjne, wykorzystywanie, zaniedbywanie i złe traktowanie dzieci, brak równouprawnienia płci, jak również czynniki ryzyka, takie jak alkohol i narkomania, są wieloaspektowe i często można je znaleźć poza systemami opieki zdrowotnej, a zatem poprawa zdrowia i dobrostanu psychicznego wśród ludności wymaga innowacyjnych partnerstw między sektorem opieki zdrowotnej i innymi sektorami, takimi jak sektory: spraw społecznych, mieszkaniowy, zatrudnienia i edukacji.

IV. Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (Dz.U.UE.C.2007.303)

Karta zawiera zbiór fundamentalnych dla Unii Europejskich praw i wolności. Wśród nich znalazły się godność, wolność, równość oraz prawo ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego. Unia uznaje i szanuje także prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić im samodzielność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności. Unia uznaje i szanuje prawo do świadczeń z zabezpieczenia społecznego oraz do usług społecznych, zapewniających ochronę w takich przypadkach, jak: macierzyństwo, choroba, wypadki przy pracy, zależność lub podeszły wiek oraz w przypadku utraty zatrudnienia, zgodnie z zasadami ustanowionymi w prawie Unii oraz ustawodawstwach i praktykach krajowych. W celu zwalczania wykluczenia społecznego i ubóstwa, Unia uznaje i szanuje prawo do pomocy społecznej i mieszkaniowej dla zapewnienia, zgodnie z zasadami ustanowionymi w prawie Unii oraz ustawodawstwach i praktykach krajowych, godnej egzystencji wszystkim osobom pozbawionym wystarczających środków. Zgodnie z art. 35 Karty Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w

ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.

PRAWO KRAJOWE

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 poz. 186 ze zm.).

Przedmiotowa ustawa reguluje:
1) prawa pacjenta;
2) zasady udostępniania dokumentacji medycznej;
3) obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta;
4) tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta;
5) postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
6) zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi zwracające się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystające z nich posiadają status pacjenta, z którym ustawa wiąże pewne prawa.

Do najważniejszych praw pacjenta należy zaliczyć:

1) prawo do świadczeń zdrowotnych;
2) prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, o stosowanym leczeniu, przewidywanych skutkach zastosowania określonej metody leczenia lub jej zaniechania, do dokumentacji medycznej;
3) prawo do tajemnicy o stanie zdrowia, z ewentualnymi wyjątkami obejmującymi wskazane przez pacjenta osoby;
4) prawo do zgody na udzielenie określonych świadczeń, przy czym należy zaznaczyć, że w przypadku pacjentów całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody, taką zgodę może wyrazić opiekun prawny a przypadku jego braku opiekun faktyczny (nie dotyczy to jednak przypadków gdy kontakt z opiekunem jest niemożliwy a pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej – vide art. 33 i art. 34 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty);
5) prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta (w tym prawo do obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, konieczności uzyskania zgody pacjenta na uczestnictwo podczas badania, zabiegu itp. innych osób aniżeli osoby wykonujące zawód medyczny);
6) prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (przede wszystkim prawo do kontaktu z bliskimi, prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nie polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych);
7) prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
8) prawo do opieki duszpasterskiej.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2016 poz. 564 ze zm.).

Jak wynika z preambuły do ustawy troska o zdrowie psychiczne człowieka stanowi jedno z najważniejszym zadań Państwa i w tym celu na organy administracji, jak i inne instytucje nałożono szereg obowiązków związanych z pomocą osobom z zaburzeniami psychicznymi. Jest to główny akt prawny regulujący kwestie związane z ochroną zdrowia psychicznego. Ustawa określa, że w działaniach ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć, obok podmiotów publicznych, różne podmioty takie jak stowarzyszenia, fundacje, kościoły i inne związki wyznaniowe, a także inne osoby fizyczne i prawne.

Zgodnie z art. 3 pkt 1) ustawy **osobą z zaburzeniami psychicznymi** jest osoba:
a) chora psychicznie;
b) upośledzona umysłowo;
c) wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub **innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym**.

Wprowadzona legalna definicja osoby z zaburzeniami psychicznymi jest zatem bardzo szeroka, obejmuje nie tylko osoby ze stwierdzoną chorobą psychiczną czy też upośledzoną umysłową ale także faktycznie wykazująca zakłócenia czynności psychicznych (czyli jeszcze przed zdiagnozowaniem choroby psychicznej lub upośledzenia). Co ważne ustawodawca dostrzega, iż potrzeby osoby z zaburzeniami psychicznymi nie ograniczają się jedynie do świadczeń zdrowotnych. Na równi traktowane są potrzeby związane z funkcjonowaniem takiej osoby w środowisku rodzinnym oraz szerzej w społeczeństwie.

Ochrona zdrowia psychicznego, o której mowa w ustawie, obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:
1) promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym;
2) 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**;
3) **kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji**.

Wskazane wyżej zadania realizowane są w ramach: Narodowego Programu Zdrowia (zadania określone w pkt 1 powyżej, NPZ nadal w opracowaniu) oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w odniesieniu do pozostałych zadań (obecnie trwają pracę nad sformułowaniem NPOZP na lata 2015-2020).

Katalog zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego może obejmować także inne, wyżej nie wskazane zadania, jako, że ustawodawca formułując przepis posłużył się zwrotem „w szczególności". Należy zatem przyjąć, że ochrona zdrowia psychicznego nie ogranicza się jedynie do kwestii wskazanych ww. przepisie ale może obejmować różnorakie zadania ze spectrum zdrowia psychicznego i przyczyniania się do jego ochrony.

Przechodząc do analizy poszczególnych zadań przyjmuje się, że promocja zdrowia psychicznego *jest procesem umożliwiającym jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy ich stanu zdrowia oraz sprzyjającym rozwijaniu zdrowego stylu życia, a także kształtowaniu innych środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia (…). W praktyce promocją zdrowia zajmuje się edukacja zdrowotna i prozdrowotna polityka publiczna. Edukacja zdrowotna jest procesem, w trakcie którego ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych osób. Wskazuje ona na związki między zdrowiem człowieka a jego stylem życia oraz środowiskiem fizycznym i społecznym. Proces edukacji zdrowotnej powinien się odbywać poprzez działania informacyjne, których bezpośrednim celem jest ukształtowanie sprzyjających zdrowiu przekonań, motywacji i umiejętności wpływających na postawę zdrowotną jednostki, które w efekcie będą prowadzić do zachowań służących zdrowiu.* (K. Bobińska, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, 2016).

Zapobieganie zaburzeniom psychicznym *jest to zespół działań mających na celu zapobieganie chorobie bądź innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu przed rozwinięciem przez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka. Polega na zapobieganiu poważniejszym konsekwencjom choroby dzięki jej wczesnemu wykryciu i leczeniu. Celem prewencji jest podjęcie szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie. Ma ona również na celu zahamowanie postępu lub powikłań już istniejącej choroby, dzięki czemu prowadzi do ograniczenia niesprawności i inwalidztwa. Istotnym elementem jest też zapobieganie powstawaniu niekorzystnych wzorców zachowań społecznych, które przyczyniają się do podwyższania ryzyka choroby*. (*Ibidem*).

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wskazuje na, zgodną z założeniami ochrony zdrowia psychicznego, konieczność zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. (*Ibidem).*

Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego. Działania te obejmują w szczególności:

1) stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych;
2) tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego;
3) wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego;
4) rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez podmioty lecznicze;
5) wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku;

6) podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym;
7) uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu, a zwłaszcza w programach radiowych i telewizyjnych.

W stosunku do dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo bez względu na stopień upośledzenia organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i podmiotach leczniczych, a także w domu rodzinnym.

Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego obejmuje m.in.:
1) obowiązek prowadzenia i organizacji przez samorządy województw podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej;

2) obowiązek zorganizowania i zapewnienia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;

3) obowiązek organizowania, we współpracy z podmiotami leczniczymi, przez podmioty działające w ramach pomocy społecznej (a więc gminy i ich jednostki organizacyjne w postaci ośrodków pomocy społecznej) oparcia społecznego dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.

Oparcie społeczne, zgodnie z ustawą, polega w szczególności na:
1) podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia;
2) organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji;
3) udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi może przybrać postać:

1) **Usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych** (o których mowa w przepisach ustawy o pomocy społecznej), w szczególności poprzez Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS) lub Kluby Samopomocy (KS);
2) **Leczenia instytucjonalnego** w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w tym leczenie w poradni zdrowia psychicznego, w ośrodku dziennym, w izbie przyjęć, w szpitalu (szpital psychiatryczny, psychiatryczny zakład opieki długoterminowej), w poradni zdrowia psychicznego (w tym poradni dla dzieci i młodzieży);
3) **Umieszczenia w domu pomocy społecznej** – prawo do pobytu w DPS przysługuje osobie, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do

zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego Przyjęcie do DPS może nastąpić po wyrażeniu zgody przez zainteresowanego (zgodę może zastąpić orzeczenie sądu opiekuńczego) lub przedstawiciela ustawowego. Pobyt w DPS jest odpłatny na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej są dla pacjentów bezpłatne i są finansowane z NFZ (o ile placówka lecznicza ma podpisany kontrakt z Funduszem). Dodatkowo pacjentom szpitali psychiatrycznych zapewnia się bezpłatnie produkty lecznicze, wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876 i 1918), i środki pomocnicze, za które nie pobiera się od tych osób opłat. Pacjenci mają także prawo do kontaktu z rodziną, ich korespondencja chroniona jest tajemnicą a także na warunkach wskazanych w ustawie przysługuje im prawo do „przepustki".

Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego odbywa się na podstawie skierowania za zgodą osoby, której skierowanie dotyczy. Ustawa dopuszcza kilka odstępstw od zasady uzyskania zgody na pobyt np. w przypadku zagrożenia życia pacjenta. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego zatwierdza każdorazowo sąd opiekuńczy.

Z racji, że do tej pory nie zakończono prac nad stworzeniem Narodowego Programu Zdrowia oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2015-2020 brakuje ogólnopolskich wytycznych, co do realizacji zadań wskazanych w ustawie. Nie oznacza to jednak, że kwestia ochrony zdrowia psychicznego została odłożona do czasu powstania wspomnianych dokumentów. Należy zaznaczyć, iż w zakresie zdrowia psychicznego powstały lokalne programy, na podstawie których samorządy realizują zadania ustawowe. Dla przykładu można wskazać przyjęty przez samorząd Województwa Śląskiego[1] *Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020.* Jak można wyczytać na stronie Programu *Program jest dokumentem wieloletnim, obejmującym zasięgiem obszar województwa śląskiego w jego granicach administracyjnych, zawiera omówienie podstaw prawnych, odnoszących się do problematyki zdrowia psychicznego, przedstawia sytuację epidemiologiczną w województwie śląskim oraz stan zasobów psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej regionu, definiuje cele programowe, okres ich realizacji przypadający na lata 2013-2020, a także określa regionalny model opieki psychiatrycznej. Program jest instrumentem realizacji wojewódzkiej strategii działań w obszarze zdrowia*

[1] Uchwała Zarządu Województwa nr 2406/290/IV/2013 z dnia 29 października 2013r.

psychicznego. Zadaniem jego jest zapobieganie zagrożeniom zdrowia psychicznego i unowocześnienie lecznictwa psychiatrycznego województwa śląskiego[2].

W Śląskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego znalazły się także odniesienia do środowiskowego modelu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi – jako ważnego aspektu opieki psychiatrycznej. *Leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi kieruje się coraz bardziej ku środowisku bliskiemu miejscu zamieszkania. Podstawowym warunkiem takiego „środowiskowego" programu rehabilitacji jest ścisła współpraca między oddziałami szpitalnymi i ośrodkami poza szpitalnymi tak, aby w chwili opuszczania oddziału całodobowego, każdy chory mógł otrzymać propozycję indywidualnie zaplanowanej i dostosowanej do jego aktualnych potrzeb opieki pozaszpitalnej. Aby możliwe było powstanie takiego programu leczenia potrzebne jest zbudowanie całego systemu współpracujących ze sobą instytucji środowiskowych, łatwo dostępnych i otwartych na wszystkich pacjentów. Stworzyć należy programy leczenia i rehabilitacji dające szanse na rozwój zawodowy i współudział w życiu społecznym*. Rozwój opieki środowiskowej stanowi jeden z priorytetów omawianego programu. W ramach realizacji priorytetu planuje się m.in. powstanie sieci centrów zdrowia psychicznego, rozwój psychiatrycznej opieki środowiskowej, zwiększenie udziału pozaszpitalnych form opieki zdrowotnej w rehabilitacji psychiatrycznej. *Cele Priorytetu realizowane będą w oparciu o działania wspierające projekty przyczyniające się do wzmocnienia miejsca i roli środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, podnoszenie kompetencji i umiejętności kadry medycznej (profesjonalizacji kadry). Działania podejmowane w ramach Priorytetu służyć mają przede wszystkim zwiększeniu dostępności terytorialnej do opieki zdrowotnej i zapewnieniu ciągłości opieki w środowisku pacjenta. Istotną rolę odgrywać będzie tworzenie sieci centrów zdrowia psychicznego oraz współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi, realizującymi zróżnicowane formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.* Wyjaśnienia wymaga, że Centra Zdrowia Psychicznego, których zadaniem ma być opieka psychiatryczna, będą w istocie centrami koordynacji opieki nad chorym we wszystkich jej formach, a trzon tych instytucji będą stanowiły stałe, profesjonalne, wielospecjalistyczne zespoły terapeutyczne. *Model ten zapewnia osobom z zaburzeniami psychicznymi opiekę i wsparcie, umożliwiające im funkcjonowanie we własnym środowisku społecznym, stwarzając godne warunki życia, respektując ich prawa obywatelskie i zapewniając integrację społeczną. (…) Głównymi zadaniami CZP w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinny być: prowadzenie opieki czynnej, zapewnienie opieki zespołu leczenia domowego, prowadzenie grup edukacyjnych oraz współpraca z opieką społeczną w celu aktywizacji zawodowej osób chorych*.

Jako priorytetowe wskazano również cele ukierunkowane na zapewnienie powszechności dostępu do profilaktyki i świadczeń zdrowotnych oraz podnoszenie jakości usług medycznych. Szczególną uwagą objęte są obszary z zakresu zaburzeń depresyjnych, samobójstw, zaburzeń geriatrycznych, zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu i innych środków oraz zaburzeń związanych z chorobami typu schizofrenicznego i afektywnego. W ramach zadania polegającego na zapobieganiu zaburzeniom psychicznym wspierane będą działania mające na celu ułatwienie dostępu do informacji w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. W związku z tym planuje się wzmocnienie edukacji społecznej

[2] http://www.slaskie.pl/strona_n.php?jezyk=pl&grupa=3&dzi=1308603989&id_menu=477 stan na dzień 09-07-2016 r.

(m.in. poprzez zwiększenie potencjału kadr instytucji zajmujących się działalnością wychowawczą i opiekuńczą, kampanię informacyjno-edukacyjną), tworzenie partnerstwa na rzecz wspólnych przedsięwzięć (poprzez szkolenia np. pedagogów, terapeutów), eliminację postaw dyskryminujących i stygmatyzujących osoby chore (np. realizacja programów informacyjno-edukacyjnych, organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego, kampanie społeczne).

Kolejnym działaniem priorytetowym, ujętym w Programie, jest poprawa funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich bliskich. *Priorytet ma na celu kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, uczenia zrozumienia, akceptacji i tolerancji poprzez upowszechnianie wiedzy na temat występujących zaburzeń psychicznych, rozwój sieci instytucji pomocy i integracji społecznej, organizację poradnictwa zawodowego i zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej. W ramach Priorytetu przewiduje się udzielanie, osobom doświadczającym z powodu swojej choroby dyskryminacji na rynku pracy i zagrożonym wykluczeniem społecznym, wsparcia prowadzącego do ich wejścia bądź powrotu do czynnego życia zawodowego oraz zwiększenia integracji społecznej*.

W założeniach Programu organ wskazał m.in. do opieki nad osobami korzystającymi ze świadczeń placówek, zapewniona zostanie kadra o zróżnicowanych i wysokich kompetencjach, odpowiadających potrzebom opieki środowiskowej (zwłaszcza psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, psychologów klinicznych, pielęgniarek, pracowników socjalnych, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, specjalistów i instruktorów terapii/psychoterapii uzależnień). Przewiduje się także uściślenie współpracy pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej a jednostkami pomocy społecznej w celu zapewnienia kompleksowej pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi.

W Programie pojawiły się także zapisy dot. Zespołów Leczenia Środowiskowego jako formy terapii domowej dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Zadaniem Zespołów, związanych z instytucjonalną ochroną, będzie pomoc pacjentom kończącym leczenie w placówce ale nadal wymagającym pomocy, pacjentom wielokrotnie hospitalizowanym oraz nie korzystającym z innych form leczenia. W ramach Zespołów planuje się stworzenie zespołów interdyscyplinarnych, skupiających specjalistów z różnych dziedzin (psychiatrzy, psychologowie, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi). Główna rola w zespole ma przypaść terapeutom, którzy będą odpowiedzialni za realizację indywidualnego programu terapeutycznego, kontakt z rodziną, środowiskiem pacjenta oraz placówką leczniczą. *Zespół przyczynia się do poprawy ciągłości leczenia i jego efektów, celem jego pracy jest skrócenie czasu pobytu w oddziale całodobowym, w niektórych wypadkach uniknięcie hospitalizacji i zapobieganie nawrotom*.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 930 ze zm.).

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Z powyższego przepisu wynika zatem, że:

1) pomoc społeczna uruchamiana jest momencie gdy osoba/rodzina znajduje się w trudnej sytuacji życiowej (za taką może zostać uznana choroba psychiczna) oraz
2) osoba/rodzina nie jest w stanie samodzielnie poradzić sobie z problemem (pomoc społeczna ma więc charakter subsydiarny).

Dodatkowo spełnienie nawet ustawowych warunków do przyznania pewnych świadczeń (np. zasiłku celowego) nie jest równoznaczne z przyznaniem świadczenia. Prawo do świadczeń nie jest bowiem prawem bezwarunkowym a ich finansowanie zależy od możliwości finansowych poszczególnych ośrodków (vide wyrok WSA w Gliwicach z dnia 26.03.2015 r. IV SA/Gl 745/14).

Pomoc społeczna ukierunkowana jest na wsparcie jednostek w zaspokajaniu ich podstawowych potrzeb życiowych a także podejmowanie działań mających na celu zapobieganiu trudnym sytuacjom życiowym m.in. poprzez integrację jednostek oraz rodzin ze środowiskiem.

Organizowanie pomocy społecznej należy do obowiązków organów administracji publicznej, rządowej i samorządowej. Wykonując zadania z zakresu pomocy społecznej, organy administracji publicznej mogą współpracować na zasadach partnerstwa z podmiotami niepublicznymi (np. NGO).

Osobom z zaburzeniami psychicznymi pomoc społeczna może zostać udzielona przez:
1) Ośrodki Pomocy Społecznej – stanowiące jednostki organizacyjne gmin i podstawowe ogniwo w systemie pomocy społecznej;
2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie podporządkowane zarządom powiatów;
3) Ośrodki Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi (Środowiskowy Dom Samopomocy, Kluby Samopomocy);
4) Domy Pomocy Społecznej;
5) Mieszkania Chronione;
6) Rodzinne Domy Pomocy;
7) Ośrodek Pomocy Kryzysowej i Hostele.

Pomoc społeczna polega w szczególności na:
1) przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń (np. zasiłki stałe, okresowe, zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie, pomoc rzeczowa, poradnictwo specjalistyczne, schronienie, posiłek, usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, DPS, mieszkania chronione);
2) pracy socjalnej;
3) prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej;
4) analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej;
5) realizacji zadań wynikających z rozeznanych potrzeb społecznych;
6) rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą po spełnieniu warunków ustawowych korzystać z przewidzianych ustawą świadczeń, wśród których można wskazać m.in.:

1) **pracę socjalną** – świadczona na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym. Praca socjalna prowadzona jest nie tylko z osobami i rodzinami w celu rozwinięcia lub wzmocnienia ich aktywności i samodzielności życiowej ale także ze społecznością lokalną w celu zapewnienia współpracy i koordynacji działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb członków społeczności. Praca socjalna ma być realizowana z poszanowaniem godności i prawa do samostanowienia beneficjentów z wykorzystaniem właściwych metod i technik (niesprecyzowanych w ustawie) na podstawie kontraktu lub projektu socjalnego. Udzielenie tej formy pomocy nie wymaga spełnienia kryterium dochodowego przez beneficjenta.

2) **poradnictwo specjalistyczne** - w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód.

3) **interwencja kryzysowa** - stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej (ale także wsparcia lekarza, pielęgniarki, policjanta itd.), a w zależności od potrzeb - poradnictwa socjalnego lub prawnego, w sytuacjach uzasadnionych - schronienia do 3 miesięcy. Instytucjami specjalizującymi się w świadczeniu tego typu pomocy są Ośrodki Interwencji Kryzysowej. *Udzielają one wsparcia osobom będącym w trudnych emocjonalnie sytuacjach, wywołanych kryzysami rodzinnymi, trudnościami wychowawczymi, problemami psychospołecznymi (brak środków finansowych, bezrobocie, przemoc w rodzinie, nadużywanie alkoholu), kłopotami emocjonalnymi (lęki, poczucie osamotnienia). Interwencje kryzysowe podejmowane przez ośrodki polegają w szczególności na udzieleniu wsparcia osobie lub rodzinie dotkniętej traumatycznym wydarzeniem. Pomoc koncentruje się na analizie aktualnej sytuacji oraz poszukiwaniu metod pozwalających przezwyciężyć trudną sytuację. Formy pomocy udzielanej przez ośrodki są zróżnicowane, a ich zakres zależy m.in. od fazy kryzysu* (I. Sierpowska, Ustawa o pomocy społecznej Komentarz, 2014).

4) **usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze** – zasadniczo przysługują osobom samotnym, które z powodu np. choroby wymagają pomocy innych osób, osobom posiadającym rodziny przysługują tylko w przypadku gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić niezbędnej pomocy. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych, kwalifikacje osób świadczących te usługi, warunki, tryb ustalania i poboru opłat za ich świadczenie określa Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. (Dz. U. Nr 189 poz. 1598). Specjalistyczne usługi opiekuńcze dzielą się na usługi z zakresu:
I. uczenia i rozwijania umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:

a) kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak:
– samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu,
– dbałość o higienę i wygląd,
– utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną,
– wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
– korzystanie z usług różnych instytucji,

b) interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym:
– pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,
– ułatwienie dostępu do edukacji i kultury,
– doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług,
– kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi,
– współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej,

c) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym:
– w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych,
– w wypełnieniu dokumentów urzędowych,

d) wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym zwłaszcza:
– w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy,
– w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia,
– w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą,
– w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku,

e) pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:
– nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków,
– pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach,
– zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe;

II. pielęgnacji- jako wspieranie procesu leczenia, w tym:
a) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
b) uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
c) pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,

d) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
e) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
f) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
g) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;

III. rehabilitacji fizycznej i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
a) zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
b) współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług;

IV. pomocy mieszkaniowej, w tym:
a) w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat,
b) w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych,
c) kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu;

V. zapewnienia dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

5) **Ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi** – są to Środowiskowe Domy Samopomocy oraz Kluby Samopomocy. Podmioty te udzielają pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększania zaradności i samodzielności życiowej, a także ich integracji społecznej. Środowiskowy dom samopomocy świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Okres korzystania z miejsca całodobowego pobytu w środowiskowym domu samopomocy nie może być jednorazowo dłuższy niż 3 miesiące, z możliwością przedłużenia do 6 miesięcy w uzasadnionych przypadkach, przy czym maksymalny okres pobytu całodobowego osoby w roku kalendarzowym nie może być dłuższy niż 8 miesięcy. W rozporządzeniu z dnia 9 grudnia 2010 r. Minister Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 238 poz. 1586 ze zm.) określił m.in. sposób funkcjonowania ŚDS oraz tryb kierowania i przyjmowania do ŚDS. Domy, w zależności od kategorii osób, dla których są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:
1) typ A - dla osób przewlekle psychicznie chorych;
2) typ B - dla osób upośledzonych umysłowo;
3) typ C - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

W domu zatrudnia się, odpowiednio do potrzeb, osoby posiadające następujące kwalifikacje zawodowe:
1) psychologa;
2) pedagoga;
3) pracownika socjalnego;
4) instruktora terapii zajęciowej;
5) asystenta osoby niepełnosprawnej;
6) inne specjalistyczne, które będą odpowiadały rodzajowi i zakresowi usług świadczonych w domu.

W przypadku klubów samopomocy zakres usług ustala właściwy organ jst prowadzącej klub w uzgodnieniu z wojewodą. Usługi świadczone w ramach ośrodków wsparcia są odpłatne (nieodpłatne jest korzystanie jedynie z usług klubu samopomocy).

6) **Rodzinny dom pomocy** - jego zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki dla osób w podeszłym wieku lub niepełnosprawnych, które mają problemy z samodzielną egzystencją. Świadczenia usług opiekuńczych i bytowych w RDP odbywa się zgodnie ze standardami określonymi w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz. U. poz. 719). Pomoc przeznaczona jest dla niewielkiej liczby osób (nie mniej niż trzech nie więcej niż ośmiu), co sprzyja tworzeniu i utrzymaniu wśród mieszkańców RDP rodzinnej atmosfery oraz zapewnieniu podopiecznym kontaktu ze środowiskiem zewnętrznym w otoczeniu i bliskości rodziny oraz przyjaciół.

7) **Mieszkania chronione** – ta forma pomocy przeznaczona jest w szczególności dla osób z zaburzeniami psychicznymi polega ona na udzieleniu wsparcia, którego celem jest przygotowanie osoby znajdującej się w mieszkaniu chronionym do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną. Rodzaje i zakres wsparcia świadczonego w mieszkaniach chronionych oraz warunki kierowania i pobytu w nich określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 r. (Dz. U. poz. 305). Wsparcie w ramach mieszkania chronionego obejmuje w szczególności pracę socjalną i poradnictwo specjalistyczne.

8) **Domy pomocy społecznej** – wsparcia w postaci umieszczenia w DPS może otrzymać osoba wymagająca całodobowej opieki m.in. z powodu choroby lub niepełnosprawności, która nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a nie można jej zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. DPS świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańca domu. DPS dzielą się na kilka rodzajów, w tym dla osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Podstawą skierowania do DPS jest decyzja wydawana przez organ gminy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania beneficjenta. Pobyt w DPS jest odpłatny, istnieje możliwość zwolnienia z obowiązku opłaty (w takiej sytuacji koszty pobytu osoby w DPS ponosi gmina). Sposób funkcjonowania określonych typów domów pomocy społecznej i obowiązujący standard podstawowych usług świadczonych przez domy pomocy społecznej określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. (Dz. U. poz. 964 ze zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 Nr 127 poz. 721 ze zm.).

Osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy, do których jej zapisy się odnoszą, są osoby legitymujące się potwierdzeniem (orzeczeniem) ich niepełnosprawności:
1) o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności określonych w art. 3 ustawy (czyli stopień lekki, umiarkowany, znaczny) lub
2) o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów (tj. przepisów rentowo-emerytalnych), lub
3) o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia.

Niepełnosprawność definiowana jest jako trwała lub okresowa niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Przyczyną niepełnosprawności mogą być m.in. upośledzenie umysłowe ora choroba psychiczna.

Z posiadaniem przez osobę z zaburzeniami psychicznymi statusu osoby niepełnosprawnej wiąże się prawo do uzyskiwania ulg i uprawień przewidzianych w ustawie a także innych aktach prawnych. O niepełnosprawności dla celów ustawowych orzekają:
1) powiatowe zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności – jako organy I instancji
2) wojewódzkie zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności – jako organy odwoławcze.

Zgodnie z art. 4 ustawy:
- Do **znacznego stopnia niepełnosprawności** zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- Do **umiarkowanego stopnia niepełnosprawności** zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.
- Do **lekkiego stopnia niepełnosprawności** zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

W przypadku osób do 16 roku życia nie orzeka się stopnia niepełnosprawności a jedynie zalicza się do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady

wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

Posiadanie orzeczenia wydanego przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności pozwala korzystać z wielu form pomocy (w zależności od stopnia niepełnosprawności), do których należą m. in.:
1) w zakresie rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia:
– możliwość uzyskania odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości danej osoby, np. w zakładach pracy chronionej, zakładach aktywności zawodowej,
– możliwość korzystania ze szkoleń, w tym specjalistycznych,
– korzystanie z przywilejów pracowniczych przysługujących osobom niepełnosprawnym tj. skróconego czasu pracy (w przypadku osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności), przerw w pracy na gimnastykę lub wypoczynek, prawo do dodatkowych urlopów (w przypadku osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności), zakazu pracy w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych;
– możliwość uzyskania dofinansowania działalności gospodarczej lub rolniczej, w zakresie rehabilitacji społecznej:
– możliwość uczestnictwa w terapii zajęciowej oraz w turnusach rehabilitacyjnych,
– dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się,
– dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby,
– usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
– uprawnienie do zasiłku pielęgnacyjnego i innych świadczeń rodzinnych (np. dodatków do zasiłku rodzinnego związanych z niepełnosprawnością) oraz do zasiłku stałego z pomocy społecznej,

2) korzystanie z ulg i uprawnień przysługujących na podstawie odrębnych przepisów, m.in.: ulgi podatkowe, uprawnienia i ulgi komunikacyjne (np. karta parkingowa, zniżki w komunikacji),zwolnienie z opłat abonamentowych za radio i telewizję.

Ustawa za główny cel stawia sobie rehabilitację osób niepełnosprawnych, w szczególności rehabilitację zawodową i rehabilitację społeczną. Rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy. Rehabilitacja społeczna ma na celu umożliwianie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym i realizowana jest przede wszystkim przez:
1) wyrabianie zaradności osobistej i pobudzanie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej;
2) wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych;
3) likwidację barier, w szczególności architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, w komunikowaniu się i dostępie do informacji;
4) kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi.

Do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zalicza się uczestnictwo tych osób w:

1) warsztatach terapii zajęciowej,
2) turnusach rehabilitacyjnych.

Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ) jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówką, stwarzającą osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do podjęcia pracy, możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej, w zakresie pozyskania bądź przywracania umiejętności, niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Terapię realizuje się na podstawie indywidualnego programu rehabilitacji, w którym określa się:

- formy rehabilitacji,
- zakres rehabilitacji,
- metody i zakres nauki wybranej umiejętności,
- formy współpracy z rodziną lub opiekunami,
- planowane efekty rehabilitacji,
- osoby odpowiedzialne za realizację programu rehabilitacji.

Turnus rehabilitacyjny to zorganizowany, trwający nie dłużej niż 14 dni pobyt poza miejscem udzielania świadczeń, obejmujący leczenie i intensywną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi i znacznym stopniem nieprzystosowania społecznego, w ramach określonego programu psychoterapeutycznego. Jego celem jest poprawa ogólnej sprawności, zwiększenie zaradności, pobudzenie i rozwijanie zainteresowań u osób niepełnosprawnych. Organizowany jest dla osób o zbliżonych potrzebach, wynikających w szczególności z ich wieku lub rodzaju niepełnosprawności albo rodzaju schorzeń lub dysfunkcji. Szczegółowo kwestie turnusów rehabilitacyjnych reguluje rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694). Istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie udziału w turnusie ze środków PFRON.

Ustawa reguluje dodatkowo uprawnienia pracodawców związane z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych a także kwestie zakładów pracy chronionej oraz zakładów aktywności zawodowej.

Status **Zakładu Aktywności Zawodowej** (ZAZ) może zostać nadany wyodrębnionej w ramach gminy, powiatu lub organizacji społecznej, której statutowym celem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna, jednostce organizacyjnej. Zakłady Aktywności Zawodowej, przeznaczone są dla osób z różnymi typami niepełnosprawności, w tym również dla osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnych intelektualnie. Celem ZAZ jest przygotowanie osób niepełnosprawnych do życia w otwartym środowisku. Zasadniczo ZAZ stanowią pomost pomiędzy WTZ a otwartym rynkiem pracy. Obok rehabilitacji społecznej i zawodowej w ZAZ realizowana jest rehabilitacja lecznicza (obowiązkowo przeprowadzana jest rehabilitacja uczestników). Czas zajęć rehabilitacyjnych osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności wynosi nie mniej niż 60 minut dziennie i może zostać przedłużony do 120 minut dziennie na wniosek personelu rehabilitacyjnego zakładu.

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2016 poz. 645 ze zm.).

Wszystkie osoby niepełnosprawne bez względu na przyczynę i rodzaj niepełnosprawności mają prawo do pomocy w zakresie zatrudnienia oraz możliwość dostępu do zatrudnienia na równi z osobami pełnosprawnymi, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami (tzw. zasada równego traktowania wyrażona w art. 2a ustawy).

Osoby z zaburzeniami psychicznymi, będące osobami bezrobotnymi, na równi z pełnosprawnymi mają prawo do korzystania z usług rynku pracy:
- pośrednictwa pracy;
- poradnictwa zawodowego;
- szkoleń.

Ponadto przysługuje im prawo do korzystania z tzw. instrumentów rynków pracy jak np.:
1) finansowanie kosztów przejazdu do pracodawcy zgłaszającego ofertę pracy lub do miejsca pracy, odbywania stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub odbywania zajęć w zakresie poradnictwa zawodowego w związku ze skierowaniem przez powiatowy urząd pracy;
2) finansowanie kosztów zakwaterowania w miejscu pracy osobie, która podjęła zatrudnienie lub inną pracę zarobkową, staż, przygotowanie zawodowe dorosłych poza miejscem stałego zamieszkania, w przypadku skierowania przez powiatowy urząd pracy;
3) dofinansowanie wyposażenia miejsca pracy, podjęcia działalności gospodarczej, kosztów pomocy prawnej, konsultacji i doradztwa.

W rozdziale 12a ustawy przewidziano możliwość inicjowania przez Powiatowe Urzędy Pracy samodzielnie lub we współpracy ośrodkami pomocy społecznej działań w zakresie aktywizacji zawodowej i integracji społecznej bezrobotnych. Do udziału w Programie Aktywizacja i Integracja są kierowani bezrobotni, dla których jest ustalony profil pomocy III, korzystający ze świadczeń pomocy społecznej, w szczególności realizujący kontrakt socjalny, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej. Działania w zakresie integracji społecznej bezrobotnych, służące kształtowaniu aktywnej postawy w życiu społecznym i zawodowym, mogą być realizowane w szczególności poprzez grupowe poradnictwo specjalistyczne, warsztaty trenerskie i grupy wsparcia, w wymiarze co najmniej 10 godzin tygodniowo. Działania w zakresie aktywizacji zawodowej bezrobotnych są realizowane przez powiatowy urząd pracy w ramach prac społecznie użytecznych.

Ustawa Kodeks pracy z dnia 26 czerwca 1974 r. (t.j. Dz. U. z 2014 poz. 1502 ze zm.).

Osób z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli posiadają status pracownika, dotyczą również przepisy prawa pracy, w tym w szczególności Kodeksu pracy. Fakt, iż pracownik jest osobą z zaburzeniami psychicznymi nie powoduje wygaśnięcia stosunku pracy z tej przyczyny. Każdy ma prawo do swobodnie wybranej pracy. Nikomu, z wyjątkiem przypadków określonych w ustawie, nie można zabronić wykonywania zawodu. Pracodawca jest obowiązany szanować godność i inne dobra osobiste pracownika. Pracownicy mają równe

prawa z tytułu jednakowego wypełniania takich samych obowiązków; dotyczy to w szczególności równego traktowania mężczyzn i kobiet w zatrudnieniu. Ponadto w art. 11^3 Kodeksu wskazano, iż jakakolwiek dyskryminacja, w tym z uwagi na niepełnosprawność, jest niedopuszczalna. Pracownicy powinni być równo traktowani w zakresie nawiązania i rozwiązania stosunku pracy, warunków zatrudnienia, awansowania oraz dostępu do szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, w szczególności bez względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także bez względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy. Osoba, wobec której pracodawca naruszył zasadę równego traktowania w zatrudnieniu, ma prawo do odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę.

Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j. Dz. U. z 2011 Nr 43 poz. 225 ze zm.)

Przepisy ustawy regulują kwestie związane z zatrudnieniem socjalnym i mają zastosowanie w szczególności do osób chorych psychicznie. Zatrudnienie socjalne ma za zadanie aktywizować zawodowo osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Polega ono na umożliwieniu osobom uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej i zatrudnienia wspieranego. Zadaniem tych form wsparcia jest reintegracja społeczna i zawodowa uczestników. Zgodnie z definicją ustawową reintegracja społeczna oznacza to działania, w tym również o charakterze samopomocowym, mające na celu odbudowanie i podtrzymanie u osoby uczestniczącej w zajęciach w centrum integracji społecznej, klubie integracji społecznej lub zatrudnionej u pracodawcy, umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu. Reintegracja zawodowa polega na podejmowaniu działań mających na celu odbudowanie i podtrzymanie u osoby uczestniczącej w zajęciach w centrum integracji społecznej i klubie integracji społecznej zdolności do samodzielnego świadczenia pracy na rynku pracy.

Podstawowym zadaniem Centrum Integracji Społecznej (CIS) jest realizowanie pełnego programu zatrudnienia socjalnego umożliwiającego walkę z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. CIS realizuje reintegrację zawodową i społeczną poprzez następujące usługi:
- kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiąganie pozycji społecznych, dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu,
- nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych,
- naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem,
- uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi.

Rehabilitacja w ramach Klubów Integracji Społecznej może polegać w szczególności na:
1) podejmowaniu działań mających na celu pomoc w znalezieniu pracy na czas określony, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy u pracodawców, wykonywania usług na podstawie umów cywilnoprawnych oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia lub podjęcia działalności w formie spółdzielni socjalnej;
2) wykonywaniu prac społecznie użytecznych;

3) wykonywaniu robót publicznych;
4) korzystania z poradnictwa prawnego;
5) działalności samopomocowej w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych;
6) uczestnictwie w stażach, o których mowa w przepisach o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Uczestnictwo w KIS jest dobrowolne, jednak jego warunkiem jest realizacja kontraktu socjalnego, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej.

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 poz. 922 ze zm.).

Szczególnej ochronie prawnej podlegają również dane osoby chorej psychicznie. Jak każdemu przysługuje jej prawna ochrona danych a zatem przetwarzanie danych osobowych takiej osoby może przebiegać wyłącznie na zasadach określonych w ustawie lub w ustawach szczególnych (np. ustawa o pomocy społecznej). Przetwarzanie danych jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy:
1) osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę, chyba że chodzi o usunięcie dotyczących jej danych;
2) jest to niezbędne dla zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa;
3) jest to konieczne do realizacji umowy, gdy osoba, której dane dotyczą, jest jej stroną lub gdy jest to niezbędne do podjęcia działań przed zawarciem umowy na żądanie osoby, której dane dotyczą;
4) jest niezbędne do wykonania określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego;
5) jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratorów danych albo odbiorców danych, a przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą.

Szczególną ochroną objęte są tzw. dane wrażliwe, o których mowa w art. 27 ustawy. Pod tym pojęciem rozumie się m.in. dane o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach itd. Przetwarzanie danych wrażliwych możliwe jest wyłącznie gdy:
1) osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie, chyba że chodzi o usunięcie dotyczących jej danych;
2) przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony;
3) przetwarzanie takich danych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby, gdy osoba, której dane dotyczą, nie jest fizycznie lub prawnie zdolna do wyrażenia zgody, do czasu ustanowienia opiekuna prawnego lub kuratora;
4) jest to niezbędne do wykonania statutowych zadań kościołów i innych związków wyznaniowych, stowarzyszeń, fundacji lub innych niezarobkowych organizacji lub instytucji o celach politycznych, naukowych, religijnych, filozoficznych lub związkowych, pod warunkiem, że przetwarzanie danych dotyczy wyłącznie członków tych organizacji lub instytucji albo

osób utrzymujących z nimi stałe kontakty w związku z ich działalnością i zapewnione są pełne gwarancje ochrony przetwarzanych danych;
5) przetwarzanie dotyczy danych, które są niezbędne do dochodzenia praw przed sądem;
6) przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadań administratora danych odnoszących się do zatrudnienia pracowników i innych osób, a zakres przetwarzanych danych jest określony w ustawie;
7) przetwarzanie jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych;
8) przetwarzanie dotyczy danych, które zostały podane do wiadomości publicznej przez osobę, której dane dotyczą;
9) jest to niezbędne do prowadzenia badań naukowych, w tym do przygotowania rozprawy wymaganej do uzyskania dyplomu ukończenia szkoły wyższej lub stopnia naukowego; publikowanie wyników badań naukowych nie może następować w sposób umożliwiający identyfikację osób, których dane zostały przetworzone;
10) przetwarzanie danych jest prowadzone przez stronę w celu realizacji praw i obowiązków wynikających z orzeczenia wydanego w postępowaniu sądowym lub administracyjnym.

Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2016 poz. 963 ze zm.).

Jednym z zadań ustawowych ZUS jest prowadzenie tzw. prewencji leczniczej, która może polegać m.in. na skierowaniu danej osoby na rehabilitację leczniczą. Rehabilitacja lecznicza dot. ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. Z tego typu pomocy mogą korzystać również osoby z zaburzeniami psychicznymi. Szczegółowe warunki w tym zakresie określa rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielaniu zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. Nr 131 poz. 1457).

O potrzebie skierowania ubezpieczonego oraz rencisty, któremu lekarz prowadzący leczenie sporządził wniosek o rehabilitację leczniczą, orzeka lekarz orzecznik ZUS. Wydanie orzeczenia w tej materii wymaga stwierdzenia, że ubezpieczony względnie rencista rokuje na odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS kieruje na rehabilitację do ośrodka rehabilitacyjnego. Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym powinna trwać 24 dni. Zakład ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego albo rencisty, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem (lub zwraca koszty przejazdu).

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2016 poz. 887 ze zm.).

Świadczenia określone w ustawie przysługują w zasadzie jedynie osobom ubezpieczonym. Jeżeli osoba z zaburzeniami psychicznymi posiada ubezpieczenie rentowe to po spełnieniu warunków ustawowych (posiadanie odpowiedniego okresu składkowego i nieskładkowego, legitymowanie się orzeczeniem o niezdolności do pracy oraz stwierdzenie, że niezdolność powstała w okresach składkowych lub nieskładkowych lub nie później niż 18 miesięcy od ustania tych okresów) może, ze względu na chorobę, ubiegać się o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy (stałej lub okresowej, minimalna wysokość renty wynosi 880,45 zł/m-c dla osób całkowicie niezdolnych do pracy oraz 675,13 zł/m-c dla osób częściowo niezdolnych do pracy), w tym rentę szkoleniową (dla osób wobec których orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego), dodatek pielęgnacyjny (dla osób uprawnionych do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji, dodatek wynosi 208,17 zł).

Otrzymanie świadczenia poprzedzone jest przeprowadzeniem badania przez lekarza orzecznika ZUS, który stwierdza niezdolność do pracy dla celów rentowych. Niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Niezdolność ta może przybrać postać:
1) orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy - całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy;
2) orzeczenia o częściowej niezdolności do pracy - częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji;
3) orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji – gdy stwierdzone naruszenie sprawności organizmu powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

Przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się:
1) stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
2) możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.
Niezdolność do pracy orzeka się na okres nie dłuższy niż 5 lat a na okres dłuższy, gdy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem 5letniego okresu.

Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 982 ze zm.).

Renta socjalna przysługuje osobie pełnoletniej całkowicie niezdolnej do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało:
1) przed ukończeniem 18. roku życia;
2) w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej - przed ukończeniem 25. roku życia;
3) w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.

O prawie do renty socjalnej orzeka ZUS. Renta może być przyznana na stałe lub okresowo w zależności od tego czy całkowita niezdolność do pracy jest trwała lub okresowa. Ustalenia całkowitej niezdolności do pracy dokonuje lekarz orzecznik Zakładu. Choroba psychiczna lub upośledzenie umysłowe również może być przyczyną uzasadniającą orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy. Renta socjalna wynosi 84% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy ustalonej i podwyższonej zgodnie z ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku gdy osoba uprawniona do renty socjalnej posiada ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, prawo do emerytury etc. to otrzyma tylko świadczenie z powszechnego systemu ubezpieczeń. Dodatkowo renta socjalna nie przysługuje osobie będącej właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej w rozumieniu Kodeksu cywilnego o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 5 ha przeliczeniowych. Osobie będącej współwłaścicielem nieruchomości rolnej nie przysługuje renta socjalna, jeśli udział tej osoby przekracza 5 ha przeliczeniowych. Renty nie otrzyma także osoba za okres tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności.

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2156 ze zm.).

Zgodnie z ustawą częścią systemu oświaty są m.in.:

1) przedszkola, w tym z oddziałami integracyjnymi, przedszkola specjalne oraz inne formy wychowania przedszkolnego;
2) szkoły:
    a) podstawowe, w tym: specjalne, integracyjne, z oddziałami integracyjnymi i sportowymi, sportowe i mistrzostwa sportowego,
    b) gimnazja, w tym: specjalne, integracyjne, dwujęzyczne, z oddziałami integracyjnymi, dwujęzycznymi, sportowymi i przysposabiającymi do pracy, sportowe i mistrzostwa sportowego,
    c) ponadgimnazjalne, w tym: specjalne, integracyjne, dwujęzyczne, z oddziałami integracyjnymi, dwujęzycznymi i sportowymi, sportowe, mistrzostwa sportowego, rolnicze i leśne,
3) poradnie psychologiczno-pedagogiczne, w tym poradnie specjalistyczne udzielające dzieciom, młodzieży, rodzicom i nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a także pomocy uczniom w wyborze kierunku kształcenia i zawodu;
4) młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze oraz specjalne ośrodki wychowawcze dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania, a także ośrodki umożliwiające dzieciom i młodzieży upośledzonym umysłowo w stopniu głębokim uczestniczenie w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, a także dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym z niepełnosprawnościami sprzężonymi realizację odpowiednio rocznego obowiązku przedszkolnego, obowiązku szkolnego i obowiązku nauki.

Dzieci oraz młodzież z zaburzeniami psychicznymi posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego może pobierać naukę w oddziałach specjalnych lub oddziałach integracyjnych szkół i przedszkoli lub np. w ośrodkach szkolno-wychowawczych (w przypadku niepełnosprawności sprzężonych wśród których znajduje się upośledzenie

umysłowe). Kształcenie dzieci może odbywać się także w placówkach ogólnodostępnych (tj. nie prowadzących oddziałów integracyjnych czy specjalnych). Istotnym elementem kształcenia dzieci i młodzieży niepełnosprawnych jest integracja z uczniami pełnosprawnymi.

Placówki oświatowe zapewniają uczniom niepełnosprawnym:
1) realizację zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego;
2) warunki do nauki, sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne dzieci lub uczniów;
3) zajęcia specjalistyczne;
4) inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne dzieci lub uczniów, w szczególności zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne i socjoterapeutyczne;
5) integrację dzieci lub uczniów ze środowiskiem rówieśniczym, w tym z dziećmi lub uczniami pełnosprawnymi;
6) przygotowanie uczniów do samodzielności w życiu dorosłym.

Obowiązkiem gmin jest:

1) zapewnienie uczniom niepełnosprawnym, których kształcenie i wychowanie odbywa się w trybie specjalnym, bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu do najbliższej szkoły podstawowej i gimnazjum, a uczniom z niepełnosprawnością ruchową, upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym - także do najbliższej szkoły ponadgimnazjalnej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 21. roku życia;
2) zapewnienie dzieciom i młodzieży uczestniczącym w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczym, a także dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu do ośrodka umożliwiającego tym dzieciom i młodzieży realizację obowiązku szkolnego i obowiązku nauki, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 roku życia;
3) zwrot kosztów przejazdu ucznia, o którym mowa w pkt 1 i 2, oraz jego opiekuna do szkoły lub ośrodka, wymienionych w pkt 1 i 2, na zasadach określonych w umowie zawartej między wójtem (burmistrzem, prezydentem miasta) a rodzicami, jeżeli dowożenie i opiekę zapewniają rodzice.

Niepełnosprawność (kandydata, rodziców kandydata lub jego rodzeństwa) jest także jednym z kryterium faworyzującym kandydatów np. do przedszkoli w przypadku gdy liczba miejsc w placówce jest niewystarczająca do ilości zgłoszonych kandydatów. Posiadanie przez ucznia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym lub znacznym lub niepełnosprawności sprzężone gdy jedną z niepełnosprawności jest upośledzenie umysłowe zwalnia go z obowiązku przystąpienia do egzaminu gimnazjalnego. W szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych (np. choroba psychiczna), uniemożliwiających przystąpienie do sprawdzianu lub danej części sprawdzianu albo egzaminu gimnazjalnego lub danego zakresu albo poziomu odpowiedniej części egzaminu gimnazjalnego w terminie dodatkowym, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek dyrektora szkoły, może zwolnić ucznia lub słuchacza z obowiązku przystąpienia do sprawdzianu lub danej części sprawdzianu albo egzaminu gimnazjalnego lub danego zakresu albo poziomu odpowiedniej części egzaminu gimnazjalnego.

Szkoły i placówki podejmują niezbędne działania w celu tworzenia optymalnych warunków realizacji działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej (np. uwzględnianie potrzeb dzieci niepełnosprawnych umysłowo) oraz innej działalności statutowej, zapewnienia każdemu uczniowi warunków niezbędnych do jego rozwoju, podnoszenia jakości pracy szkoły lub placówki i jej rozwoju organizacyjnego. Działalność dydaktyczno- wychowawcza szkół obejmuje także zajęcia rewalidacyjne dla uczniów niepełnosprawnych a także zajęcia w ramach pomocy psychologiczno- pedagogicznej. Nauczyciele z kolei mają obowiązek indywidualizować pracę z uczniem na zajęciach edukacyjnych odpowiednio do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia.

Z uwagi zaburzenia psychiczne uczeń może kształcić zgodnie z indywidualnym programem/tokiem nauczania. Wniosek w tym zakresie składają rodzice/opiekunowie prawni dziecka, który opiniowany jest przez radę pedagogiczną i publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną lub inną specjalistyczną poradnię.

Dzieci i młodzież niepełnosprawne, niedostosowane społecznie i zagrożone niedostosowaniem społecznym, wymagające stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy mogą być objęte kształceniem specjalnym (vide Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym). Uczniowi objętemu kształceniem specjalnym dostosowuje się odpowiednio program wychowania przedszkolnego i program nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia. Dostosowanie następuje na podstawie opracowanego dla ucznia indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego uwzględniającego zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. W zależności od rodzaju niepełnosprawności, w tym stopnia upośledzenia umysłowego, dzieciom i młodzieży, organizuje się kształcenie i wychowanie, które stosownie do potrzeb umożliwia naukę w dostępnym dla nich zakresie, usprawnianie zaburzonych funkcji, rewalidację i resocjalizację oraz zapewnia specjalistyczną pomoc i opiekę.

W kwestii publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych obowiązują przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. poz. 199). Zgodnie z § 1 ww. rozporządzenia publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne, w tym publiczne poradnie specjalistyczne, udzielają dzieciom, od momentu urodzenia, i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu, udzielają rodzicom i nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej związanej z wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży, a także wspomagają przedszkola, szkoły i placówki w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych.

Do zadań poradni należy:

1) diagnozowanie dzieci i młodzieży;
2) udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej;

3) realizowanie zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję przedszkola, szkoły i placówki, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych;
4) organizowanie i prowadzenie wspomagania przedszkoli, szkół i placówek w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych.

Diagnozowanie dzieci i młodzieży jest prowadzone w szczególności w celu określenia indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz indywidualnych możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży, wyjaśnienia mechanizmów ich funkcjonowania w odniesieniu do zgłaszanego problemu oraz wskazania sposobu rozwiązania tego problemu.

Efektem diagnozowania dzieci i młodzieży jest w szczególności:
1) wydanie opinii;
2) wydanie orzeczenia o potrzebie: kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży;
3) objęcie dzieci i młodzieży albo dzieci i młodzieży oraz rodziców bezpośrednią pomocą psychologiczno-pedagogiczną;
4) wspomaganie nauczycieli w zakresie pracy z dziećmi i młodzieżą oraz rodzicami.

Poradnia realizuje zadania przy pomocy specjalistów: psychologów, pedagogów, logopedów i doradców zawodowych. Zadania poradni, w zależności od potrzeb, mogą być realizowane także przy pomocy innych specjalistów (szczególnie lekarzy).

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana bezpośrednio dzieciom i młodzieży oraz rodzicom polega w szczególności na:
1) prowadzeniu terapii dzieci i młodzieży oraz ich rodzin;
2) udzielaniu wsparcia dzieciom i młodzieży wymagającym pomocy psychologiczno-pedagogicznej lub pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniu kształcenia i kariery zawodowej;
3) udzielaniu pomocy rodzicom w rozpoznawaniu i rozwijaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz indywidualnych możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży oraz w rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych.

Korzystanie z pomocy udzielanej przez publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne jest dobrowolne i nieodpłatne.

Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach (Dz. U. Nr 109 poz. 631) określa, że **młodzieżowe ośrodki wychowawcze** są prowadzone dla dzieci i młodzieży niedostosowanych społecznie wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy, wychowania i resocjalizacji jako resocjalizacyjno-wychowawcze, a dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim jako resocjalizacyjno-rewalidacyjne. Do zadań młodzieżowego ośrodka wychowawczego należy eliminowanie przyczyn i przejawów niedostosowania społecznego oraz przygotowanie wychowanków do życia zgodnego z obowiązującymi

normami społecznymi i prawnymi. Z kolei **młodzieżowe ośrodki socjoterapii** są prowadzone dla dzieci i młodzieży, które z powodu zaburzeń rozwojowych, trudności w uczeniu się i zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym są zagrożone niedostosowaniem społecznym i wymagają stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy, wychowania i socjoterapii.
Ośrodki, o których mowa wyżej, realizują nałożone zadania przez:

1) organizowanie zajęć resocjalizacyjnych, terapeutycznych, rewalidacyjnych oraz profilaktyczno-wychowawczych umożliwiających nabywanie umiejętności życiowych ułatwiających prawidłowe funkcjonowanie w środowisku rodzinnym i społecznym;
2) organizowanie i udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w formach, o których mowa w przepisach w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Młodzieżowy ośrodek wychowawczy i młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniają wychowankom całodobową opiekę.

Na mocy ww. rozporządzenia prowadzone są także specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze oraz specjalne ośrodki wychowawcze. Są one prowadzone dla dzieci i młodzieży:
1) niesłyszących i słabosłyszących;
2) niewidomych i słabowidzących;
3) z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją;
4) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera;
5) z niepełnosprawnościami sprzężonymi;
6) z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym.

Specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze są prowadzone dla dzieci i młodzieży, które wymagają stosowania specjalnych oddziaływań wychowawczych, pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz zajęć rewalidacyjnych ze względu na występujące niepełnosprawności, o których mowa powyżej, oraz które z powodu tych niepełnosprawności nie mogą uczęszczać do szkoły w miejscu zamieszkania.

Specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy umożliwia wychowankom udział w:
1) indywidualnych lub grupowych zajęciach profilaktyczno-wychowawczych, rewalidacyjnych i usprawniających ruchowo, przygotowujących dzieci i młodzież do samodzielności w życiu społecznym;
2) zajęciach sportowych, turystycznych, rekreacyjnych oraz kulturalno-oświatowych;
3) zajęciach rozwijających zainteresowania i szczególne uzdolnienia.

Dzieci i młodzież przyjmuje się do specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego na okres wychowania przedszkolnego, rok szkolny, etap edukacyjny lub okres nauki w szkole gdzie ma zapewnioną całodobową opiekę.

Specjalne ośrodki wychowawcze są prowadzone dla dzieci i młodzieży, które wymagają stosowania specjalnych oddziaływań wychowawczych, pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz zajęć rewalidacyjnych ze względu na występujące niepełnosprawności, o których była mowa powyżej, lub zagrożenie niedostosowaniem społecznym. Pobyt w takim ośrodku może trwać przez cały okres nauki, nie dłużej jednak niż do ukończenia 23 roku życia.

Specjalny ośrodek wychowawczy zapewnia wychowankom:
1) realizację obowiązku szkolnego i obowiązku nauki poza ośrodkiem;
2) udział w indywidualnych lub grupowych zajęciach profilaktyczno-wychowawczych, rewalidacyjnych i usprawniających ruchowo, przygotowujących dzieci i młodzież do samodzielności w życiu społecznym;
3) udział w zajęciach sportowych, turystycznych, rekreacyjnych oraz kulturalno-oświatowych;
4) udział w zajęciach rozwijających zainteresowania i szczególne uzdolnienia;
5) współpracę ze szkołą, w której wychowanek spełnia obowiązek szkolny lub obowiązek nauki, w zakresie realizowania zajęć rewalidacyjnych i oddziaływań wychowawczych.

Ośrodkami umożliwiającymi dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, a także dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym z niepełnosprawnościami sprzężonymi realizację obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego i obowiązku nauki są **ośrodki rewalidacyjno-wychowawcze**. Wychowankami ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych mogą być dzieci i młodzież w wieku od 3 roku życia do 25 roku życia. Ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy zapewnia wychowankom z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim udział w zajęciach:
1) rewalidacyjno-wychowawczych, prowadzonych indywidualnie lub w zespołach;
2) terapeutycznych i usprawniających ruchowo, dostosowanych do potrzeb wychowanków;
3) rekreacyjnych.