

Nazwa programu

„Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów”

Okres realizacji programu – od 1 kwietnia 2014 r. do 31 grudnia 2020 r.

Realizatorzy programu:

a. Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego

Os. Kosmonautów 110

61-642 Poznań

b. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

Ul. Promenada 7

63-100 Śrem

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Zdrowie psychiczne jest obecnie jednym z ważniejszych aspektów zdrowia w pojęciu ogólnym, jest wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz samorządów terytorialnych. Przez wiele lat temat osób cierpiących z powodu niedostatku zdrowia psychicznego był marginalizowany i stanowił społeczne tabu. Jednakże w obliczu rosnącej zapadalności na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, należy walczyć o zasadniczą zmianę podejścia do tego zagadnienia i związanych z nim problemów społecznych.

Choroba psychiczna jest zaburzeniem powodującym zagrożenie ograniczenia lub zniesienia równowagi pozwalającej na prawidłowe funkcjonowanie życiowe i zaspokajanie potrzeb człowieka. Choroba psychiczna najczęściej dotyka ludzi młodych, w pełni sił życiowych i zawsze łączy się z cierpieniem.

Schizofrenia to zaburzenie psychiczne występujące u około 1 % populacji.

Polityka ochrony zdrowia psychicznego powinna uwzględniać następujące działania:

- rozwijanie świadomości znaczenia dobrego samopoczucia psychicznego dla funkcjonowania społeczeństwa,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby chore psychicznie i ich rodziny,

- opracowanie i wdrożenie systemów ochrony zdrowia psychicznego, które uwzględniają promocję, profilaktykę, leczenie i rehabilitację,
- zapewnienie kształcenia kadr o odpowiednich kompetencjach,
- wykorzystanie do realizacji tych zadań doświadczeń i wiedzy osób doświadczających zaburzeń psychicznych i ich opiekunów.

Schizofrenia jest chorobą obejmującą liczne objawy, które można powiązać w kilka grup:

- objawy wytwórcze - to zaburzenia spostrzegania (omamy) i rozumienia (urojenia);
- objawy negatywne - ograniczenie zakresu i różnorodności czynności psychicznych (stąd izolacja, apatia, brak inicjatywy itd.);
- objawy dezorganizacji - to niespójność i niedostosowanie czynności psychicznych;
- objawy afektywne - najczęściej depresyjne.

Nie możemy pacjenta zapewnić, że ostre objawy chorobowe już nigdy nie wrócą, ale terapia i współpraca z pacjentem znacznie zmniejsza ryzyko nawrotu.

Przebieg choroby ma charakter nawracający, ale bardzo wiele zależy od samego chorego.

Prawidłowe, nowoczesne leczenie schizofrenii jest ukierunkowane.

- Po pierwsze to: indywidualnie dobrana farmakoterapia - przyjmowanie leków ściśle według zaleceń lekarza i przewlekle. Dzisiejsza wiedza medyczna potwierdza fakt, że najważniejszym czynnikiem zapobiegającym nawrotom schizofrenii jest przewlekle przyjmowanie neuroleptyków.
- Jednocześnie obok farmakoterapii ważna jest psychoterapia, zależnie od potrzeb - indywidualna lub grupowa.
- Edukacja - bardzo ważny dział pracy z pacjentem. Aby stać się partnerem w leczeniu trzeba mieć wiedzę na temat choroby, leczenia, zrozumieć i rozpoznać objawy choroby.
- Socjoterapia i aktywizacja - Pomoc pacjentowi w powrocie do środowiska naturalnego i prawidłowego funkcjonowania w domu, w pracy, na uczelni itd.

Bibliografia:

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego /Dz.U.11.24.128/.
2. Rocznik statystyczny 2009 „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej” wydany przez Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii pod redakcją L. Boguszevska Marta Welbel, Marzena Sowińska, Czesław Głazowski, Wanda Langiewicz, Anna Bartnik, Edyta Włodarczyk. Warszawa 2009.
3. Informator liczbowy ochrony zdrowia za 2009 rok - Formularz MZ-30, MZ- 15, dane za rok 2009 i częściowo za 2010 Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego.

4. Informacje przygotowane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu.
5. Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Województwa Wielkopolskiego na lata 2011 – 2015 Poznań październik 2011 r..
6. Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 r.:
 - Program „Razem-więcej-latwiej”
 - Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia
7. Biała księga - październik 2011 r. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, „Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce”.
8. Raport NFZ 2004, Raport NFZ 2006

b. Epidemiologia

Wpływ zaburzeń psychicznych na stan zdrowia ludności jest znaczący, gdyż zachodzi ścisły związek między nimi, a schorzeniami somatycznymi. Choroby psychiczne zwiększają ryzyko zarówno chorób zakaźnych, jak i niezakaźnych, bądź też z nimi współwystępują. Utrudnia to dodatkowo ich leczenie, pogarsza efekty terapii i związaną z nimi śmiertelność.

Według danych WHO na zaburzenia psychiczne i zachowania obecnie cierpi ok. 450 mln ludzi na świecie co stanowi 7,03% ludności świata, każdego roku blisko 1 mln popełniło samobójstwo (0,015% ludności świata), a 25 mln (0,39% ogółu) cierpi na schizofrenię z czego ponad połowa nie otrzymuje odpowiedniej opieki, ok. 25 mln choruje na epilepsję, a więcej niż 90 mln (1,4% ogółu) cierpi z powodu uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Ponadto w jednej na cztery rodziny występuje przynajmniej jedna osoba z zaburzeniami psychicznymi. Około 340 mln ludzi cierpi na depresję, a zaledwie 30% z nich objętych jest odpowiednią opieką.

W Polsce liczba osób leczących się z powodu problemów zdrowia psychicznego oscyluje w okolicy 1,5 mln. Jednakże należy spodziewać się, iż faktyczna liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jest znacznie wyższa. Przytoczone powyżej dane pochodzą z *Rocznika Statystycznego 2009. Zakłady psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej*, przygotowanego przez Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i obrazują jedynie zgłaszalność do placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W obliczu rosnącej zapadalności na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania obowiązkiem władz publicznych jest walka o fundamentalne zmiany w systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zagadnienia z zakresu promocji i ochrony zdrowia psychicznego, a także generowane przez powyższą tematykę problemy społeczne,

powinny być traktowane zarówno przez administracje rządową, jak i samorządową, jako priorytetowe.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania generują olbrzymie koszty, których wysokość szacuje się na 3% do 4% produktu krajowego brutto. Koszty świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień finansowanych ze środków publicznych NFZ, wyniosły w 2010 roku ponad 2 mld zł. Stanowi to 3,5% wszystkich kosztów ponoszonych przez Fundusz na świadczenia zdrowotne.

c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.

Województwo wielkopolskie położone jest w zachodniej części kraju. Stanowi jeden z największych regionów Polski. Województwo Wielkopolskie zajmuje obszar 29 826 km², co stanowi 9,5% powierzchni kraju i zajmuje pod tym względem 2 miejsce po województwie mazowieckim, a trzecie pod względem liczby mieszkańców (3 374 038 osób), po województwach mazowieckim i śląskim.

Z danych statystycznych wynika, że w województwie wielkopolskim liczba poradni chorób psychicznych i uzależnień wynosiła 119, a liczba udzielonych porad ogółem wynosiła 513 090, w tym poradni zdrowia psychicznego było 79, w których udzielono 399 220 porad, a poradni uzależnień było 36, które udzieliły 112 150 porad. W 4 poradniach psychologicznych zostało udzielonych 1720 porad. Wśród wszystkich porad specjalistycznych udzielonych mieszkańcom województwa, porady z zakresu zdrowia psychicznego stanowią zaledwie 5% tzn., że na jednego mieszkańca liczba udzielonych w ostatnich trzech latach porad wynosi 11.

Natomiast według informatora liczbowego Ochrony Zdrowia Województwa Wielkopolskiego za 2009 r. opracowanego przez Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w Wielkopolsce wyniosła 95 634.

d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień gwarantuje świadczenia w warunkach:

- 1) stacjonarnych:
 - a) psychiatrycznych,
 - c) w izbie przyjęć;
- 2) dziennych:

a) psychiatrycznych,

3) ambulatoryjnych:

a) psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego),

Do 2013 r. świadczenia z zakresu leczenia środowiskowego nie były kontraktowane przez WOWNFZ w Poznaniu. Wyżej wymienione rozporządzenie narzuca limity świadczeń psychoterapeutycznych, udzielanych w ciągu roku dla każdego pacjenta, oraz określa długości pobytu chorych na oddziałach dziennych i w warunkach stacjonarnych. Długość pobytu chorego uzależniona jest od specyfiki oddziału i rozpoznania jednostki chorobowej.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Program nastawiony na opiekę środowiskową, skierowany do chorych na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi. Program stanowi kontynuację terapii osób wypisanych z oddziałów całodobowych i dziennych, w których limitowane są pobyty chorych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia szczegółowo określa z jakich świadczeń i w jakim okresie mogą korzystać pacjenci z określonym rozpoznaniem z zakresu chorób psychicznych. Do programu włączone będą osoby, dla których niewystarczające jest leczenie ambulatoryjne. Narzucenie limitów świadczeń i ograniczanie możliwości skorzystania z innych form pomocy przyczyni się w znacznym stopniu do częstszych nawrotów choroby i konieczności korzystania z hospitalizacji, która jest mało dostępna i znacznie droższa. Realizując program dążymy do zapewnienia ciągłości i kompleksowości świadczeń. W Poznańskim Ośrodku Zdrowia Psychicznego w 2012 r. leczonych było 627 pacjentów chorych na schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne i urojeniowe, 105 pacjentów mogło skorzystać ze świadczeń gwarantowanych przez WOWNFZ na oddziale dziennym rehabilitacyjnym. Wdrożenie programu zdrowotnego pozwoli na włączenie do programu kolejnej 100 osobowej grupy pacjentów.

W Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Śremie w 2012 r. w długoterminowym psychiatrycznym oddziale stacjonarnym leczone były 243 pacjentki, a w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym Rehabilitacyjnym 47 pacjentów mogło skorzystać ze świadczeń gwarantowanych przez WOWNFZ. Wdrożenie programu zdrowotnego pozwoli na włączenie do programu kolejnej 25 osobowej grupy pacjentów.

Jak poniżej wskazano program ma na celu poprawę funkcjonowania społecznego i samodzielność chorych, zmniejszenie potrzeby hospitalizacji chorych psychicznie. Pacjenci korzystający z wcześniejszych programów realizowanych w latach 1999-2013 z chęcią i zaangażowaniem korzystali ze świadczeń, akceptując wszystkie interwencje terapeutyczne. Pacjenci korzystający z wcześniejszych programów realizowanych w latach

2001-2013 z chęcią i zaangażowaniem korzystali ze świadczeń, akceptując wszystkie interwencje terapeutyczne. Program został oparty o potrzeby pacjentów. Realizując ten program należy pamiętać, że Schizofrenia i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi są to choroby przewlekłe, ich leczenie trwa kilka, kilkanaście lat, a najczęściej do końca życia. Przebieg samej schizofrenii może być liniowy (ciągły, stopniowo i powoli postępujący) albo tzw. falujący (epizodyczny), z okresami nasilenia objawów chorobowych/epizodów choroby i powrotów do pełnego lub częściowego zdrowia (remisja pełna, niepełna). W okresach remisji objawy chorobowe nie występują (remisja pełna) lub ich nasilenie jest nieznaczne (remisja niepełna). Jednak niezależnie od przebiegu choroby osoba nią dotknięta wymaga stałego leczenia, a także postępowania profilaktycznego w okresach remisji.

2. Cele programu

a. cele główne

- Cel główny 1: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.
- Cel główny 2: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

b. cele szczegółowe

- cel szczegółowy:
 - upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego,
 - kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego,
 - rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,
- cel szczegółowy:
 - zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
- cel szczegółowy:
 - zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
- cel szczegółowy:
 - organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego;
- cel szczegółowy:
 - upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- cel szczegółowy:
 - upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
- cel szczegółowy:

- zapewnienie ciągłości i kompleksowości świadczeń.

c. Oczekiwane efekty

- poprawa możliwości funkcjonowania społecznego pacjentów,
- wzmocnienie kompetencji społecznej pacjentów,
- aktywizacja pacjentów na poziomie umysłowym, emocjonalnym, fizycznym,
- nauczenie zachowań, które pozwolą radzić sobie w kontaktach z różnymi instytucjami, pracodawcami.
- przeciwdziałanie powstawaniu u pacjentów utrwalonych deficytów funkcjonowania społecznego.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba pacjentów zgłaszających się do programu,
- liczba pacjentów korzystających z poszczególnych świadczeń realizowanych w ramach programu,
- ilość nawrotów choroby u pacjentów korzystających z programu,
- ilość hospitalizacji pacjentów korzystających z programu.

3. Adresaci programu (populacja programu)

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Rocznie w programie będzie uczestniczyło ok. 100 pacjentów chorych na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychiatrycznymi.

W Zakładzie Pielęgnacyjno Opiekuńczym rocznie w programie będzie uczestniczyło ok. 25 pacjentów

b. Tryb zapraszania do programu

Informacje o programie będą umieszczone na stronie internetowej Ośrodka oraz Zakładu

Dodatkowo:

- Ulotki informujące o programie dostępne będą w siedzibie Ośrodka i Zakładu oraz przekazane lekarzom i terapeutom.

4. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- działania organizacyjne:
 - przygotowanie informacji o realizacji programu na stronie internetowej,
 - opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych: ulotka,
 - przygotowanie i prowadzenie dokumentacji programu w tym medycznej,

Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego

- Jeden cykl programu trwa 9 miesięcy. W ciągu jednego roku przewiduje się zrealizowanie ok. 130 spotkań. Na każde świadczenie składać się będą wszystkie procedury tj. psychoedukacja, terapia grupowa, terapia zajęciowa, socjoterapia. W ciągu siedmiu lat zrealizujemy około 910 spotkań,

- świadczenia realizowane będą od 2 do 4 razy w tygodniu w godz. od 12.30 do 16.30,

- każde świadczenie realizowane będzie dla ok. 15-20 pacjentów.

Zakład Pielęgnacyjno Opiekuńczy - w ciągu jednego roku przewiduje się zrealizowanie ok. 150 spotkań, a w okresie siedmiu lat planujemy wykonać 1050 spotkań. Na każdym spotkaniu realizowane będą wszystkie procedury tj. psychoedukacja, terapia grupowa i indywidualna, terapia zajęciowa, socjoterapia.

- świadczenia realizowane będą od 2 do 5 razy w tygodniu w godz. od 12.30 do 16.30,

- każde świadczenie realizowane będzie dla ok. 5-10 pacjentów.

b. Planowane interwencje

Realizowane procedury:

- Psychoedukacja mająca na celu:

- czynne zapobieganie nawrotom choroby,
- wypracowanie u pacjentów akceptacji choroby psychicznej,
- rozpoznawanie objawów psychotycznych i radzenia sobie z nimi,

-Terapia grupowa, na którą składają się regularne, systematycznie powtarzane zajęcia, które poprzez konkretny charakter, z góry określoną tematykę, a także różne formy zachęcania do udziału, wpływają pozytywnie na zainteresowanie i umiejętność współpracy.

- Terapia zajęciowa, której celem jest wyrabianie nawyków codziennej aktywności, pomaganie pacjentom w rozwijaniu własnych możliwości, dostarczanie okazji do kierowania aktywnością i pokonywanie bierności i zależności od otoczenia. Uczestnicy terapii pod kierunkiem terapeuty wykonują zadania zmierzające do poprawy sprawności życiowej koniecznej do samodzielnego funkcjonowania społecznego.

Zajęcia prowadzone będą zgodnie z indywidualnym programem przygotowanym dla każdego uczestnika.

Zajęcia w ramach programu będą odbywać się w 3 pracowniach:

- komputerowej,
- artystycznej,
- kulinarnej.

- W pracowni komputerowej uczestnicy będą uczyć się obsługiwać komputery w celu wykorzystania tych umiejętności poza Ośrodkiem. Powierzone zadania dostosowane będą do aktualnych, indywidualnych możliwości każdego uczestnika i pomogą opanować podstawowe umiejętności potrzebne praktycznie w codziennym funkcjonowaniu.
- Zajęcia w pracowni artystycznej pomogą uczestnikom rozwijać indywidualne zdolności twórcze, a jednocześnie poznawać możliwości wykorzystania różnych przedmiotów jako elementów dekoracyjnych i użytkowych.
- W pracowni kulinarnej uczestnicy zdobywają umiejętności z zakresu przygotowywania prostych posiłków, pomocy w przygotowywaniu posiłków dla innych uczestników Warsztatu, obsługi zmywarki, piekarnika, oraz innych urządzeń używanych na co dzień w pracowni kulinarnej. Wszystkie te czynności ukierunkowane są pod kątem przyszłej niezależności w tej sferze codziennego funkcjonowania.
- Socjoterapia której celem jest sam - chory (np. jego nieumiejętność współdziałania z otoczeniem) lub układy społeczne, które go otaczają (np. rodzina, społeczność lokalna), jeżeli przez swą dysfunkcjonalność wyzwalają, potęgują lub utrwalają objawy choroby.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

- do programu będą przyjmowane osoby u których rozpoznano schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi, które wymagają stałej rehabilitacji i aktywizacji,
- podstawą kwalifikacji będzie rozpoznanie jednostki chorobowej i zgoda pacjenta.

d. Zasady wykonywania zadań w ramach programu

- podczas każdego świadczenia wykonywane będą wszystkie procedury tj. psychoedukacja, terapia grupowa, terapia zajęciowa, socjoterapia,
- świadczenia będą wykonywane tylko przez fachowy personel POZP, i ZPO
- świadczenia wykonywane będą w godzinach od 12.30-16.30,
- w POZP program realizowany będzie od poniedziałku do czwartku każdego tygodnia z pominięciem dni przypadających jako wolne od pracy oraz dni uzgodnionych z uczestnikami programu.
- w ZPO program realizowany będzie od poniedziałku do piątku każdego tygodnia z pominięciem dni przypadających jako wolne od pracy oraz dni uzgodnionych z uczestnikami programu.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

W Poznańskim Ośrodku Zdrowia Psychicznego realizowane są świadczenia z zakresu ambulatoryjnej i dziennej opieki zdrowotnej ale ilość zakontraktowanych świadczeń jest niewystarczająca, dlatego Ośrodek przez wiele lat tj. od 1999 r. do 2008 r. realizował program terapeutyczny ze środków własnych. W związku ze zbyt niskim kontraktowaniem świadczeń psychiatrycznych i niewystarczającą ilością środków, Ośrodka nie było stać na kontynuowanie Programu przez cały rok. Program w latach 2009 r. – 2013 r. realizowany był przez 9 miesięcy każdego roku ze środków Województwa Wielkopolskiego.

Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych podpisanej z WOWNFZ w 2012 r. wykonał 27 462 porady w ramach poradni zdrowia psychicznego w tym porady lekarskie, porady psychologiczne, wizyty domowe, sesje psychoterapeutyczne oraz 8874 osobodni na oddziale dziennym rehabilitacyjnym dla 105 pacjentów.

Zakład Pielęgnacyjno Opiekuńczy w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych podpisanej z WOWNFZ w 2012 r. wykonał 79 403 osobodni w tym porady lekarskie, porady psychologiczne, sesje psychoterapeutyczne oraz 2574 osobodni na oddziale dziennym rehabilitacyjnym dla 47 pacjentów.

f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.

Po zakończeniu Programu pacjenci będą mogli korzystać ze świadczeń oferowanych przez Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego wskazanych w pkt. e. oraz przez pozostałe 3 miesiące roku z Programu realizowanego ze środków własnych Ośrodka oraz Zakładu Pielęgnacyjno Opiekuńczego.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

- komputerowa baza danych będzie prowadzona przez Ośrodek i chroniona zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz instrukcją dotyczącą zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych tj. wprowadzoną Polityką Bezpieczeństwa POZP i ZPO,
- pacjenci zgłaszający się do programu będą wyrażali zgodę na udział w programie i przetwarzanie ich danych osobowych zgodnie z opracowanymi wytycznymi,
- dokumentacja związana z programem w tym medyczna będzie przechowywana i archiwizowana zgodnie z prowadzoną w POZP i ZPO Instrukcją organizacji i funkcjonowania składnicy akt zatwierdzoną przez Dyrektora Archiwum Państwowego w Poznaniu.

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Osoby realizujące program:

Program realizować będą pracownicy Poznańskiego Ośrodka Zdrowia Psychicznego oraz Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego poza godzinami udzielania świadczeń w ramach WOWNFZ tj:

- lekarze psychiatrzy,
- psychologodzy,
- terapeuci zajęciowi, środowiskowi,
- pracownicy socjalni.

Świadczenia realizowane będą w siedzibie Poznańskiego Ośrodka Zdrowia Psychicznego w pomieszczeniach przygotowanych do przeprowadzenia wszystkich procedur wynikających z programu tj. 2 dużych sal na 30 osób wyposażonych w sprzęt audiowizualny w których przeprowadzone będą zajęcia psychoedukacyjne, terapia grupowa i socjoterapia oraz z 3 pracowni wyposażonych w charakterystyczny dla danej pracowni sprzęt.

Świadczenia realizowane będą również w siedzibie Zakładu Pielęgnacyjno Opiekuńczego w pomieszczeniach Oddziału Dziennego Psychiatrycznego Rehabilitacyjnego przygotowanych do przeprowadzenia wszystkich procedur wynikających z programu tj. 1 dużej sali na 40 osób wyposażonych w sprzęt audiowizualny w których przeprowadzone będą zajęcia psychoedukacyjne, terapia grupowa i socjoterapia oraz z 3 pracowni wyposażonych w charakterystyczny dla danej pracowni sprzęt.

i. Dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy[1])

i. Opinie ekspertów klinicznych

Według Pani dr n. med. Katarzyny Prot-Klinger Kierownika Centrum Zdrowia Psychicznego, w Instytucie Psychiatrii i Neurologii Warszawie psychiatryczna opieka środowiskowa jest przede wszystkim sposobem myślenia. Nie jest to określona instytucja ani usługa. Jest to myśl, że człowiek chorujący psychicznie powinien mieć dostęp do tych samych dóbr co inni obywatele. Dotyczy to zarówno systemu leczenia, jak szeroko pojętej obecności w społeczeństwie. W tym sensie psychiatria środowiskowa pozostaje w opozycji do psychiatrii instytucjonalnej, której założeniem było długotrwałe lub całkowite odizolowanie chorych w placówce psychiatrycznej. (Zaluska in. 2007)

Termin psychiatria (opieka) środowiskowa odwołuje się do psychiatrii zainteresowanej lokalną wspólnotą społeczną, w której żyją chorzy. (Wciórka 2000)

W USA pojęcie psychiatrii środowiskowej wyrosło z nurtu wyodrębniania się ze środowiska szpitalnego, na rzecz opieki realizowanej w środowisku lokalnym.

Z początku psychiatria środowiskowa powstała z myślą o zwiększaniu potencjału zdrowia psychicznego w oparciu o lokalną wspólnotę. Ten aspekt pociągał za sobą skupienie się na promocji zdrowia psychicznego oraz prewencji zaburzeń psychicznych, a nie jedynie na leczeniu.

Cechą szczególną psychiatrycznej opieki środowiskowej jest stałe podążanie personelu za pacjentami, utrzymywanie stałego kontaktu, co zapewnia opiekę ciągłą. Nadrzędną zasadą jest dostosowanie usług do potrzeb pacjenta. Poprzez możliwość częstego kontaktu z terapeutą, środowiskowa opieka chroni przed gwałtownymi nawrotami choroby i sprzyja powrotowi pacjenta do społeczeństwa, a także pomaga mu w podejmowaniu ról społecznych. Podejście środowiskowe zapewnia jasno określoną osobę terapeuty prowadzącego, interwencje mają miejsce przede wszystkim w środowisku pacjenta, rodzina pacjenta jest aktywnie włączana do leczenia.

Zasady leczenia środowiskowego:

- preferowanym miejscem interwencji terapeutycznej jest naturalne środowisko pacjenta,
- istotnym czynnikiem jest rozpoznanie sytuacji życiowej pacjenta i odbudowa systemu oparcia społecznego pacjenta,
- praca terapeutyczna w oparciu o konkretne cele, dążenie do sformułowania kontraktu z pacjentem,

Zespół terapeutyczny cechuje wymiennosc ról, wysoka odpowiedzialność personelu średniego, włączanie nieprofesjonalistów. Proces zastępowania odizolowanych miejsc długiego pobytu mniejszymi i środowiskowo zorientowanymi formami opieki określony został jako deinstytucjonalizacja. Zawiera w sobie trzy podstawowe zadania:

- przeniesienie pacjentów ze szpitala do środowiska,
- wstrzymanie przyjęć do szpitala,
- rozwój alternatywnych form środowiskowych,

Zadania te muszą być realizowane jedno czasowo celem uniknięcia sytuacji „wypisu w pustkę”, bez dostatecznej dostępności ośrodków środowiskowych. Aktualny balans pomiędzy opieką stacjonarną, a środowiskową jest różny w różnych krajach w zależności od różnej tradycji, sytuacji politycznej oraz środków finansowych.

Skuteczna deinstytucjonalizacja wymaga istnienia właściwych ośrodków środowiskowych.

Deinstytucjonalizacja dotyczy nie tylko szpitala, ale każdej dużej totalnej instytucji. W opiece psychiatrycznej deinstytucjonalizacja polega na zastępowaniu nie tylko szpitali, ale także dużych domów opieki intensywną opieką w domu chorego lub innymi środowiskowo zorientowanymi formami.

W Polsce założenia reformy ujętej w Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP 2007), obejmują deinstytucjonalizację realizowaną poprzez ograniczenie liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych do 300. Zamiast łóżek w dużych instytucjach zaleca się otwieranie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Leczenie psychiatryczne powinno odbywać się poza szpitalem, w specjalnie do tego celu stworzonych ośrodkach obejmujących poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego lub domowego, a także mieszkania terapeutyczne. Plan reformy zakłada także tworzenie i zapewnianie pacjentom wspieranych form zamieszkania, rehabilitację oraz zatrudnienie w warunkach chronionych, w lokalnym środowisku. W myśl odejścia od instytucjonalizacji, tworzy się model społeczności terapeutycznej. Wszystkie wymienione postulaty reformy psychiatrycznej zmierzają w kierunku humanitarnego i partnerskiego podejścia do osoby chorej. Priorytetem reformy jest dostarczanie opieki w najmniej restrykcyjnym otoczeniu, zaangażowanie chorych i ich rodzin w rozwijanie usług i prowadzenie własnej opieki.

Pomimo zmian i rozwoju placówek środowiskowych w Polsce nadal dominuje model „szpitalocentryczny” z towarzyszącą opieką poradnianą i brakiem możliwości realizowania przez poradnie opieki czynnej rozumianej jako aktywne podążanie za pacjentem i jego potrzebami. Zespoły opieki środowiskowej są nieliczne i mają marginalne znaczenie.

Tradycyjnie dobrze osadzonym w polskiej psychiatrii środowiskowej elementem są oddziały dzienne, jednak zbyt często bardziej przynależą do szpitala niż do poradni czy innych form opieki środowiskowej.

Otoczenie pacjenta opieką środowiskową prowadzi nie tylko do znaczącej redukcji kosztów w porównaniu z leczeniem stacjonarnym, ale przede wszystkim powoduje poprawę kliniczną, lepsze funkcjonowanie społeczne pacjenta oraz zwiększa jego satysfakcję życiową. W wielu przypadkach leczenie środowiskowe może przybrać formę hospitalizacji domowej, która pozwala leczyć nawet ostro psychotycznych pacjentów w domu bez konieczności umieszczenia ich w szpitalu psychiatrycznym, co jest najdroższą formą leczenia. Zdaniem ekspertów i zgodnie ze światowymi tendencjami, należy zmniejszać finansowanie modelu stacjonarnej opieki psychiatrycznej na rzecz leczenia środowiskowego. Według niektórych autorów, uzupełnienie standardowej farmakoterapii o pomoc psychologiczną i wsparcie środowiskowe pozwala na redukcję ryzyka nawrotu choroby o około połowę.

ii. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek.

Początek XXI wieku to dla psychiatrii środowiskowej olbrzymia zmiana wynikająca z międzynarodowego uznania jej za jedyny właściwy kierunek rozwoju opieki psychiatrycznej.

Znajduje to wyraz w wielu deklaracjach WHO oraz Komisji Europejskiej. Raport WHO (WHO 2001) zaleca stały wysiłek w kierunku przeniesienia miejsca leczenia pacjenta ze szpitali psychiatrycznych i innych instytucji długiego pobytu do opieki środowiskowej argumentując, że opieka ta wiąże się z wyższą jakością życia, gwarantuje lepsze respektowanie praw człowieka oraz lepszy bilans kosztów i korzyści.

1. Wytyczne WHO (WHO 2003) „Organizacja Ośrodków Zdrowia Psychicznego” – „Opieka nad zdrowiem psychicznym powinna być realizowana przez ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej oraz ośrodki środowiskowe. Duże i scentralizowane instytucje psychiatryczne powinny być zastąpione przez bardziej dostosowane do potrzeb ośrodki zdrowia psychicznego.”
2. Podpisana przez Ministrów Zdrowia europejskiego regionu WHO Deklaracja Zdrowia Psychicznego dla Europy („Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań” 2005) stanowi: „My Ministrowie Zdrowia Państw Członkowskich Europejskiego Regionu WHO zobowiązujemy się popierać (...) rozwój ośrodków środowiskowych mających zastąpić opiekę dużych instytucji nad osobami z poważnymi problemami zdrowia psychicznego”.
3. Towarzyszący powyższej deklaracji Plan Działania Zdrowia Psychicznego dla Europy („Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań” 2005) zawiera w sobie dział zalecający „Zapewnienie efektywnej opieki środowiskowej dla osób z poważnymi problemami zdrowia psychicznego”. W dziale tym zalecane jest „zaplanowanie i wdrożenie specjalistycznych ośrodków opieki środowiskowej, dostępnych 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, z personelem różnych profesji dla opieki nad osobami z poważnymi problemami zdrowia psychicznego jak schizofrenia, psychoza maniako-depresyjna, ciężka depresja lub otępienie.”
4. Zielona Karta („Poprawa Zdrowia Psychicznego Ludności.” 2005): „Deinstytucjonalizacja oraz wprowadzenie usług (psychiatrycznych) do opieki podstawowej, łatwo dostępnych ośrodków opieki środowiskowej oraz oddziałów w szpitalach ogólnych stanowi o promocji włączania społecznego. Duże szpitale psychiatryczne lub instytucje („azyle”), które oddzielają usługi psychiatryczne od innych usług medycznych sprzyjają stygmatyzacji. W szczególności dla niektórych z nowych Państw Członkowskich te duże instytucje stale stanowią dużą część infrastruktury opieki psychiatrycznej.”

5. Europejski Pakt dla Zdrowia Psychicznego („Razem na rzecz Zdrowia i Dobrego Samopoczucia Psychicznego” 2008) zaleca:

- zwalczanie stygmatyzacji i wykluczenia społecznego,
- kampanie przeciwko stygmatyzacji,
- promocję kontaktów osób chorujących psychicznie z mediami, w szkole i w pracy,
- zachowanie właściwej równowagi pomiędzy psychiatrią instytucjonalną, a środowiskową,
- poprawienie dostępu osób z problemami psychicznymi do zatrudnienia.

6. W Polsce idee te ogólnie zawarte w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego (1994) zostały przełożone na praktyczne rozwiązania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Jednym z podstawowych celów Programu jest: „Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym (w tym rodzinnym, zawodowym) poprzez systemowe upowszechnienie:

- środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
- zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
- udziału w życiu zawodowym
- koordynacji różnych form opieki i pomocy”.

iii. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Ze względu na strukturę opieki psychiatrycznej świadczenia realizowane są przede wszystkim przez jednostki instytucjonalnej opieki psychiatrycznej niespełniające współcześnie obowiązujących wytycznych. Wpływ przekształcenia systemu opieki psychiatrycznej z instytucjonalnej w środowiskową został po raz pierwszy zanalizowany w 1994 r. przez M. Knappai wsp. Przeprowadzone badanie miało na celu porównanie kosztów opieki nad chorymi z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi prowadzonej jako leczenie szpitalne oraz leczenie środowiskowe. Głównym wynikiem badania było wykazanie znaczącej różnicy w kosztach leczenia na korzyść leczenia środowiskowego nie tylko w krótkim horyzoncie czasowym, lecz również w opiece średnioterminowej. W kolejnym badaniu kosztów leczenia ponoszonych w ramach psychiatrycznej opieki środowiskowej (Merson i wsp. 1996) wykazano, że tradycyjna opieka kosztuje nawet o 130% więcej niż opieka środowiskowa podobnej grupy pacjentów, natomiast w przeprowadzonym w 2001 r. przez Marshalla przeglądzie systematycznym wykazano efektywność kosztową opieki środowiskowej na poziomie 65%. Rozpatrując koszty opieki psychiatrycznej prowadzonej w modelu środowiskowym, należy również pamiętać o jakości opieki zapewnianej osobom chorym.

Przy założeniu, że koszty opieki psychiatrycznej prowadzonej w oparciu o model środowiskowy będą nawet na takim samym poziomie jak dotychczas, warto ze względu na efektywność terapii, jakość życia chorych i ich lepsze funkcjonowanie w społeczeństwie ją prowadzić.

W 2009 roku nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień osiągnęły poziom 1,9 mld zł (bez kosztów leków refundowanych), co stanowiło 3,4% wszystkich kosztów świadczeń zdrowotnych wykazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Największa część z tej kwoty, bo 74% (1,5 mld zł) przypada na opiekę stacjonarną i opiekuńczą.

Leczenie schizofrenii pochłania łącznie 23% (447 mln zł) całości nakładów, z czego na zakłady stacjonarne i opiekuńcze przypada blisko 88%. Wielkość nakładów na schizofrenię czterokrotnie przekracza kwotę przypadającą na pozostałe zaburzenia schizotypowe i ponad dwukrotnie (2,4) – na zaburzenia afektywne.

Źródło: Raport NFZ 2004, Raport NFZ 2006

iv. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszających program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne)

Program realizowano w POZP już od 1999 r. cieszył się szerokim zainteresowaniem pacjentów jak i ich rodzin. O powodzeniu programu świadczy fakt, że nieprzerwanie jest realizowany do dnia dzisiejszego tj. 2013 r.

5. Koszty POZP

a. Koszty jednostkowe

Jednostkowy koszt całego świadczenia na jednego pacjenta – 32 zł.

b. Planowane koszty całkowite (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 7 ustawy[1])

32 zł. x 2 150 pacjentów rocznie = 68 800 zł.

W latach 2014 – 2020 z programu skorzysta 15 050 pacjentów. Koszty programu wyniosą 481 600 zł.

Stawka za 1 godz. każdej procedury = 75 zł. x 765 godz. rocznie = 57 375 zł.

+ 11 429 zł. (ZUS pracodawcy ok. 19.92 %) = 68 800 zł. rocznie x 7 lat = 481 600 zł

Pozostałe koszty związane z obsługą programu w tym koszty materiałowe będą pokrywane ze środków własnych Ośrodka.

5.1 Koszty ZPO

a. Koszty jednostkowe

Jednostkowy koszt całego świadczenia na jednego pacjenta – 32 zł.

b. Planowane koszty całkowite (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 7 ustawy[1])

32 zł. x 470 pacjentów rocznie = 15 000 zł.

W latach 2014 – 2020 z programu skorzysta 3290 pacjentów. Koszty programu wyniosą 105 000 zł.

Stawka za 1 godz. każdej procedury = 75 zł. x 167 godz. rocznie = 12 525 zł.

+ 2 495zł (ZUS pracodawcy ok. 19,92 %) = 15 000 zł rocznie x 7 lat = 105 000 zł.

Pozostałe koszty związane z obsługą programu w tym koszty materiałowe będą pokrywane ze środków własnych Zakładu.

c. Źródła finansowania, partnerstwo:

- środki z Województwa Wielkopolskiego
- środki własne Poznańskiego Ośrodka Zdrowia Psychicznego
- środki własne Zakładu Pielęgnacyjno Opiekuńczego

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

- W Poznańskim Ośrodku Zdrowia Psychicznego ze środków publicznych finansowane będą wynagrodzenia osób udzielających świadczeń tj.

2 pracowników socjalnych x 2 dni w tygodniu po 2 godz. = 8 godz. tygodniowo

1 lekarz psychiatra 2 x w tygodniu po 1 godz. = 2 godz. tygodniowo

2 psychologów 4 dni w tygodniu po 1 godz. = 8 godz. tygodniowo

2 terapeutów zajęciowych/środowiskowych 4 dni w tygodniu po 1 godz. = 8 godz. tygodniowo.

Tygodniowo przewiduje się wykonanie ok. 26 godzin procedur. Ilość procedur i ich rodzaj będą uzależnione od potrzeb pacjentów.

Rocznie przewiduje się wykonanie 765 godzin procedur. Natomiast w latach 2014 - 2020 przewiduje się zrealizowanie 5355 godzin procedur.

Pozostałe koszty związane z obsługą programu w tym koszty materiałowe będą pokrywane ze środków własnych Ośrodka.

- W Zakładzie Pielęgnacyjno Opiekuńczym ze środków publicznych finansowane będą wynagrodzenia osób udzielających świadczeń tj.

1 pracownik socjalny x1 dzień w tygodniu po 1 godz. = 1 godz. tygodniowo

1 psycholog 2 dni w tygodniu po 1 godz. = 2 godz. tygodniowo

2 terapeutów zajęciowych/środowiskowych 5 dni w tygodniu po 1 godz. = 10godz. tygodniowo.

Tygodniowo przewiduje się wykonanie ok. 13 godzin procedur. Ilość procedur i ich rodzaj będą uzależnione od potrzeb pacjentów.

Rocznie przewiduje się wykonanie 167 godzin procedur. Natomiast w latach 2014 - 2020 przewiduje się zrealizowanie 1169 godzin procedur.

Pozostałe koszty związane z obsługą programu w tym koszty materiałowe będą pokrywane ze środków własnych Zakładu Pielęgnacyjno Opiekuńczego

6. Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

- prowadzenie komputerowej bazy osób korzystających z programu
- prowadzenie dokumentacji związanej z realizacją programu w tym dokumentacji medycznej.

b. Ocena jakości realizacji programu zdrowotnego

- wizytowanie programu,
- krótka ankieta badająca satysfakcję pacjentów.

c. Ocena efektywności programu

- frekwencja osób korzystających z programu,
- ilość nawrotów choroby u pacjentów korzystających z programu,
- ilość hospitalizacji pacjentów korzystających z programu.

7. Okres realizacji programu

1 kwiecień 2014 r. – 31 grudzień 2020 r.