„Program psychiatryczny terapeutyczno - rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów”

Okres realizacji Programu:
2021-2025

Autor programu:
Samorząd Województwa Wielkopolskiego
Dane kontaktowe:
Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego
Departament Zdrowia
al. Niepodległości 34
61-714 Poznań
telefony: +48 (61) 626 63 50
fax: +48 (61) 626 63 51

Spis treści

Wykaz skrótów ... 2
I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu ... 3
1. Opis problemu zdrowotnego ... 3
2. Dane epidemiologiczne ... 7
3. Opis obecnego postępowania ... 9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu ... 12
5. Komplementarność z działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym ... 14
II. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji ... 15
1. Cel główny ... 15
2. Cele szczegółowe ... 15
3. Mierniki efektywności ... 15
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji . 16
1. Populacja docelowa ... 16
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie ... 16
2.1 Kryteria włączenia ... 16
2.2 Kryteria wyłączenia ... 16
3. Planowane interwencje ... 17
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu ... 17
5. Tryb zapraszania do Programu ... 19
6. Sposób zakończenia udziału w Programie ... 19
IV. Organizacja Programu ... 20
1. Etapy i działania podejmowane w ramach Programu ... 20
2. Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych ... 20
V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu ... 21
1. Monitorowanie ... 21
2. Ewaluacja ... 21
VI. Budżet Programu ... 22
1. Koszty jednostkowe ... 22
2. Koszty całkowite ... 22
3. Źródła finansowania ... 22
Spis tabel: ... 23
Bibliografia ... 23
Załącznik nr 1 ... 24
Załącznik nr 2 ... 25
Załącznik nr 3 ... 26
Załącznik nr 4 ... 27
Załącznik nr 5 ... 29
Załącznik nr 6 ... 31
Załącznik nr 7 ... 33
Załącznik nr 8 ... 34
Załącznik nr 9 ... 35

Wykaz skrótów

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

CZP - Centrum Zdrowia Psychicznego

DALY – Disability Adjusted Life Years (lata życia skorygowane niepełnosprawnością)

GUS - Główny Urząd Statystyczny

ICD-10 -International Classification of Diseases (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób)

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence

NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

NPZ - Narodowy Program Zdrowia

Program - Program psychiatryczny terapeutyczno - rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów

Organizator – Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu

WHO – World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu

1. Opis problemu zdrowotnego

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.

W Polsce coraz większa liczba Polaków zmaga się z zaburzeniami psychicznymi oraz ich niekorzystnymi następstwami dla ogólnego funkcjonowania. Zgodnie z danymi GUS z 2015 r. liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem wyniosła 1 593 125 osób. W latach 2010–2015 względna liczba leczonych (na 100 tys. ludności) wzrosła o 12,7%[1]. Natomiast dane wynikające z Map Potrzeb Zdrowotnych pokazują, że liczba leczonych na zaburzenia psychiczne w roku 2019 bez uzależnień wyniosła 1 299 890 pacjentów, same uzależnienia stwierdzono u 271 300 pacjentów. W Wielkopolsce zaburzenia psychiczne stwierdzono u 144 310 pacjentów bez uzależnień u 122 550 chorych[2].

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. W 2019 r. w Polsce schizofrenię stwierdzono u 163 530 pacjentów przy czym wskaźnik na 100 tys. pacjentów kształtował się na poziomie 520,23. Natomiast w Wielkopolsce schizofrenię stwierdzono u 10 590 pacjentów, przy wskaźniku na 100 tys. na poziomie 375,65 pacjentów3. Przyczyny schizofrenii są złożone i nie w pełni znane. Chorzy i ich bliscy często o nie pytają. W tak zwanym modelu biopsychospołecznym rozwoju schizofrenii uwzględniono m.in.: czynniki biologiczne (w tym genetyczne), psychologiczne, społeczne i środowiskowe, które zgodnie z obecną wiedzą medyczną mogą wpływać na wystąpienie tej choroby i jej obraz kliniczny. Ryzyko zachorowania jest większe w rodzinach, w których u krewnych pierwszego stopnia (np. rodzice, rodzeństwo, dzieci) rozpoznano schizofrenię. Jednak w zależności od tego, który z członków najbliżej rodziny jest chory, ryzyko jest bardzo zróżnicowane. Na przykład

[1] Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2017, GUS (stat.gov.pl)

[2] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=345

[3] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=345

w przypadku występowania schizofrenii u obojga rodziców ryzyko zachorowania dziecka sięga 46%, podobnie duże ryzyko dotyczy bliźniaków jednojajowych (48%). Natomiast w przypadku schizofrenii występującej tylko u jednego z rodziców lub u rodzeństwa nie bliźniaczego ryzyko to wynosi odpowiednio: 6% i 9%. Jeżeli jeden z bliźniaków dwujajowych choruje na schizofrenię, to ryzyko jej rozwoju u drugiego sięga 17%. Ta „podatność” (m.in. genetyczna) na chorobę nie musi jednak oznaczać, że ona wystąpi, a rozwój choroby zależy od współdziałania wielu różnych czynników.

Do objawów schizofrenii zaliczyć można objawy pozytywne, objawy negatywne, zaburzenia poznawcze, zaburzenia afektu, objawy dezorganizacji psychicznej.

Do objawów pozytywnych należą objawy wytwórcze - to zaburzenia spostrzegania (omamy) i rozumienia (urojenia); Urojenia to zaburzenia myślenia zniekształcające albo kreujące rzeczywistość. Chory widzi rzeczy lub wydarzenia, które w rzeczywistości nie istnieją, albo nieadekwatnie odbiera i przeżywa rzeczywistość. Jego przekonania są bardzo mocne, nikt nie jest w stanie mu wyjaśnić (rodzina, lekarz), że się myli. Pacjent wierzy, że są one prawdziwe, a osoby, które starają się mu „wmówić, że jest inaczej”, włącza w swój świat urojeń i traktuje jak wrogów. W przebiegu schizofrenii mogą wystąpić m.in. urojenia ksobne, prześladowcze, urojenia odsłonięcia oraz oddziaływania.

Halucynacje (omamy) to zaburzenie spostrzegania obejmujące zmysły wzroku, słuchu, smaku, węchu, dotyku, polegające na realistycznym odczuwaniu doznania zmysłowego, mimo, że w otoczeniu nie ma bodźca/obiektu, który to doznanie mógł wywołać. Chory z halucynacjami słuchu słyszy różne głosy, dźwięki proste (np. stukanie, pukanie, szmery) lub złożone (np. różne słowa, zdania), które w rzeczywistości nie istnieją. Mogą to być głosy jednej lub kilku osób, męskie lub żeńskie, trudne do odróżnienia lub układające się w wyraźnie słyszane przez pacjenta słowa, zdania, monologi czy dialogi. Głosy komentują zachowanie chorego lub nakazują wykonywanie różnych czynności – zadań. Bardzo uważnej obserwacji wymaga pacjent, który słyszy głosy nakazujące mu popełnienie samobójstwa. W przypadku halucynacji wzrokowych chory widzi różne kształty, rzeczy, osoby/postacie, które nie istnieją w rzeczywistości. Tym halucynacjom mogą towarzyszyć halucynacje słuchowe.

Halucynacje zarówno słuchowe, jak i wzrokowe chory może dodatkowo interpretować urojeniowo, co umacnia jego „fałszywe”, urojeniowe sądy i przekonania. Na przykład pacjent widzi nieistniejące osoby, słyszy, jak komentują jego postępowanie, wydają mu różne polecenia, jest przekonany, że „oni” go obserwują, podsłuchują, prześladują, chcą skrzywdzić, zniszczyć. Najczęściej towarzyszy temu lęk psychotyczny, który wynika z – przeżywanych przez pacjenta z poczuciem zagrożenia zdrowia i życia – bardzo nasilonych halucynacji i/lub urojeniowych interpretacji.

Objawy negatywne mogą się przejawiać m.in. wspomnianym już, stopniowym wycofywaniem się z dotychczasowych aktywności (np. zawodowych, szkolnych, hobby) i relacji międzyludzkich aż do całkowitej utraty zainteresowań i wycofania społecznego, a nawet unikania innych osób („On/ona w ogóle nie chce wychodzić z domu”, „Jak ktoś do nas przychodzi, to się zamyka w swoim pokoju i nie chce tam nikogo wpuścić, często nawet własnej rodziny”). Może temu towarzyszyć tzw. zobojętnienie uczuciowe („Wszystko mi jedno”, „Rób co chcesz”), czy też tzw. afekt blady („spłycone przeżywanie”, zmniejszenie wyrażania emocji lub nawet brak ich wyrażania) oraz upośledzenie zdolności do komunikacji z otoczeniem za pośrednictwem mimiki, gestów i postawy ciała. Inne objawy negatywne to:

- abulia (tj. „bezczynność” jako efekt braku zdolności czy ograniczonej zdolności do planowania i podejmowania działań o określonym, złożonym celu),
- anhedonia (zmniejszona zdolność lub brak zdolności do odczuwania przyjemności),
- aspontaniczność (spadek, utrata spontaniczności zachowań i uczuć),
- bierność, apatia, zubożenie wypowiedzi (wypowiadanie się pojedynczymi słowami o ubogiej treści, małe zróżnicowanie wypowiedzi),
- awolicja (brak własnej woli czy jej ograniczenie),
- spowolnienie ruchowe, mniejsza dbałość o siebie.

Postępujące objawy negatywne mogą prowadzić do tzw. załamania linii życiowej, czyli zmiany dotychczasowych planów, zamierzeń, celów życiowych chorego. Dlatego bardzo istotne jest jak najwcześniejsze rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia tej grupy objawów schizofrenii.

Zaburzenia poznawcze charakteryzujące się zaburzeniami koncentracji i uwagi, różnego rodzaju zaburzeniami pamięci i inteligencji. Chory z trudem skupia się na wykonywanych czynnościach, nie potrafi zaplanować i zorganizować na przykład dnia czy najbliższego tygodnia. Nie pamięta tego, co niedawno zrobił, przeczytał, usłyszał czy powiedział.

Zaburzenia afektu (nastroju) wiążą się z przeżyciami psychotycznymi (np. urojeniami, halucynacjami) oraz objawami negatywnymi i trudnościami, które z nich wynikają (np. chorobowe wycofanie społeczne i utrata pozycji społecznej/zawodowej czy możliwości dalszego kształcenia). Objawom może towarzyszyć smutek, żal, zmniejszenie radości życia. Emocje te są zgodne, adekwatne do realnych sytuacji lub chorobowych przeżyć psychotycznych albo nieadekwatne, niezgodne z przeżywanymi przez chorego treściami i wydarzeniami (np. nadmierna wesołkowatość, śmiech w sytuacjach trudnych, niekorzystnych dla pacjenta, np. straty).

Kolejny przykład zaburzeń nastroju u chorych na schizofrenię to tzw. depresja popsychotyczna (czy poschizofreniczna) – tj. epizod depresji, który rozwija się w trakcie złagodzenia objawów lub po ustąpieniu ostrych objawów psychozy. U cierpiących na tę chorobę dominują: smutek lub

obojętność, zmniejszenie radości życia i aktywności życiowej, utrata zainteresowań. Konieczna jest wówczas szczególnie czujna obserwacja pacjenta pod kątem ewentualnych myśli i/lub tendencji samobójczych.

Objawy dezorganizacji psychicznej obejmują proces myślenia (chory ma trudności w zrozumieniu tego, co się wokół niego dzieje, postępowania ludzi, ich wypowiedzi) czy też zachowania chorego (zachowanie dziwaczne, nieadekwatne do sytuacji, chaotyczne).

Jak wspomniano, schizofrenia może przybierać postać: paranoidalną, hebefreniczną, katatoniczną, prostą, rezydualną i niezróżnicowaną. W schizofrenii paranoidalnej dominują objawy pozytywne (objawy wytwórcze) – urojenia i omamy. W schizofrenii hebefrenicznej (zdezorganizowanej) górują niedostosowanie i objawy dezorganizacji w zakresie myślenia, afektu oraz zachowania (zachowanie nieprzewidywalne, chaotyczne, infantylne, mowa rozkojarzona). W schizofrenii katatonicznej przeważają stany tzw. osłupienia lub pobudzenia katatonicznego. Chory zazwyczaj nie nawiązuje kontaktu z otoczeniem, milczy, pozostaje w stanie „osłupienia katatonicznego” (skrajny bezruch, „zastyganie” w różnych pozycjach). Osłupienie katatoniczne może nagle przechodzić w stan bardzo silnego pobudzenia psychoruchowego – pacjent wykonuje ruchy chaotyczne, bez celu – po czym ponownie „zastyga” w osłupieniu. W schizofrenii prostej nie występują objawy pozytywne (wytwórcze); ta postać choroby zaczyna się powoli, a stopniowo narastające objawy negatywne są przyczyną załamania linii życiowej. W schizofrenii rezydualnej dominują tzw. przewlekłe objawy resztkowe (rezydualne) o w miarę stabilnym i niewielkim nasileniu, które utrzymują się przez dłuższy czas z wyraźną przewagą objawów negatywnych; w przeszłości u osób na nią cierpiących wystąpił co najmniej jeden epizod choroby z objawami wytwórczymi. Schizofrenię niezróżnicowaną cechuje brak przewagi jednych objawów nad innymi i ich zmienność. Taki obraz choroby nie pozwala rozpoznać u pacjenta żadnej z omawianych wcześniej postaci schizofrenii.

Wśród chorych na schizofrenię ocenia się, że ryzyko samobójstwa wynosi średnio około 10%; jest ono większe u mężczyzn i u osób w młodym wieku. Zwiększa się także w przypadku częstych nawrotów choroby z przewagą objawów pozytywnych i przy utracie wiary w rezultaty leczenia. Większe ryzyko samobójstwa wiąże się również z występowaniem omówionej powyżej depresji poschizofrenicznej.4

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 omawiane jednostki chorobowe zawarte są w kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Tab. Nr 1 Wykaz jednostek chorobowych zawarto w poniższej tabeli[5].

[4] *Opracowanie lek. med.Paweł Brudkiewicz*

[5] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012 [csioz.gov.pl;].

F29) Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe
F20 Schizofrenia
• F20.0 Schizofrenia paranoidalna
• F20.1 Schizofrenia hebefreniczna
• F20.2 Schizofrenia katatoniczna
• F20.3 Schizofrenia niezróżnicowana
• F20.4 Depresja poschizofreniczna
• F20.5 Schizofrenia rezydualna
• F20.6 Schizofrenia prosta
• F20.8 Schizofrenia innego rodzaju
• F20.9 Schizofrenia, nie określona
F21 Zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe)
F22 Uporczywe zaburzenia urojeniowe
• F22.0 Zaburzenie urojeniowe
• F22.8 Inne uporczywe zaburzenia urojeniowe
• F22.9 Uporczywe zaburzenie urojeniowe, nieokreślone
F23 Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
• F23.0 Ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne bez objawów schizofrenii
• F23.1 Ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne z objawami schizofrenii
• F23.2 Ostre zaburzenie psychotyczne podobne do schizofrenii
• F23.3 Inne ostre zaburzenie psychotyczne z przewagą urojeń
• F23.8 Inne ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
• F23.9 Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, nie określone
F24 Indukowane zaburzenie urojeniowe F25 Zaburzenia schizoafektywne
• F25.0 Zaburzenie schizoafektywne, typ maniakalny
• F25.1 Zaburzenie schizoafektywne, typ depresyjny
• F25.2 Zaburzenie schizoafektywne, typ mieszany
• F25.8 Inne zaburzenia schizoafektywne
• F25.9 Zaburzenia schizoafektywne, nieokreślone
F28 Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
F29 Nieokreślona psychoza nieorganiczna

2. Dane epidemiologiczne

2.1 Demografia Województwa wielkopolskiego

Województwo wielkopolskie zamieszkuje 3 498 733 mieszkańców, tj. ok. 9,1 % ludności Polski (dane na dzień 31 grudnia 2019 roku). Województwo jest pod względem liczby mieszkańców trzecie co do wielkości w Polsce (po mazowieckim i śląskim). W województwie wielkopolskim 51,63% stanowią kobiety, a 48,37% mężczyźni. Średni wiek mieszkańców wynosi 40,3 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców całej Polski[6].

Wskaźnik obciążenia demograficznego (osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym), który nadal systematycznie wzrasta, kształtował się w Wielkopolsce w 2017 roku na poziomie 31,7 osób, na dzień 31.12.2019 roku na poziomie ok. 33,98 (natomiast w 2015

[6] Bank danych lokalnych, GUS [bdl.stat.gov.pl;]

roku było to 29,1 osób). Najniższy poziom wskaźnik osiągnął w powiecie poznańskim – 16,18, a następnie w powiatach grodziskim (16,86 osób) oraz leszczyńskim (20,19 osób)[7].

Na przestrzeni ostatnich kilku lat ludność województwa nieznacznie się zwiększyła. W roku 2010 była to liczba 3 446 745 osób, co oznacza wzrost w ciągu 9 lat o ponad 1,41 %. Przyrost naturalny w województwie wielkopolskim wystąpił w okolicach 1,05 dla roku 2018, ze spadkiem współczynnika w 2019 r. do 0,92 na 1000 ludności przy -0,7/1000 ludności dla całego kraju[8]. Nie napawa to optymizmem gdyż niedostatecznie wzrastająca liczba urodzeń, przy jednoczesnym wydłużaniu się przeciętnego dalszego trwania życia, w przypadku utrzymania się obecnych trendów, skutkować będzie w perspektywie najbliższych lat zmianą struktury ludności województwa wielkopolskiego. O ile ludność w 2019 r. stanowiła w wieku produkcyjnym 60,44% populacji województwa, zaś osoby w wieku poprodukcyjnym – 19,88 o tyle w roku 2050 będzie to już odpowiednio 53,2% i 30,5%, dodatkowo w grupie osób w wieku poprodukcyjnym ponad 11% stanowić będą osoby co najmniej 80-letnie[9,10]. Prognozowana liczba mieszkańców województwa wielkopolskiego właśnie w 2050 roku ma wynieść 3 287 926, z czego 1 676 672 to kobiety, a 1 611 254 mężczyźni[11].

Niedostatecznie wzrastająca liczba urodzeń, przy jednoczesnym wydłużaniu się przeciętnego dalszego trwania życia, w przypadku utrzymania się obecnych trendów, skutkować będzie w perspektywie najbliższych lat zmianą struktury ludności województwa wielkopolskiego i tym samym możemy spodziewać się bardzo poważnych konsekwencji w zakresie zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, w tym dotyczące zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, a także możliwości pokrycia kosztów zwiększającego się popytu na usługi społeczne[12].

2.2 Problem zaburzeń psychicznych na świecie i w Polsce

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

[7] Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gow.pl dostęp 25.11.2020 r.
[8] Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]
[9] Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. U. St. w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]
[10] Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. U. St. w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]
[11] Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. U. St. w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]
[12] Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. U. St. w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]

jednej na cztery rodzinie występuje przynajmniej jedna osoba z zaburzeniami psychicznymi. Około 340 mln ludzi cierpi na depresję, a zaledwie 30% z nich objętych jest odpowiednią opieką[13].

W Polsce liczba osób leczących się z powodu problemów zdrowia psychicznego według danych GUS z 2015 r. oscylowała w okolicy 1,593 mln. Jednakże należy spodziewać się, iż faktyczna liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jest znacznie wyższa. W latach 2010–2015 względna liczba leczonych (na 100 tys. ludności) wzrosła o 12,7%[14]. Natomiast dane wynikające z Map Potrzeb Zdrowotnych pokazują, że liczba leczonych na zaburzenia psychiczne w roku 2019 bez uzależnień wyniosła 1 299 890, przy czym liczba hospitalizacji chorych na schizofrenię kształtowała się na poziomie 45 465 (w tym 41,68 % kobiet), a pacjentów z pozostałymi psychozami innymi niż schizofrenia hospitalizowano 2 108 (w tym 51,08 % kobiet). Z poradni zdrowia psychicznego skorzystało 163 530 pacjentów chorych na schizofrenię, z pozostałymi psychozami 18 600 pacjentów[15]. 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 administrację 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 2019 roku ponad 2 mld zł. Stanowi to 3,5% wszystkich kosztów ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na świadczenia zdrowotne. 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[16].

3. Opis obecnego postępowania

Realizowana polityka zdrowotna państwa dotycząca postępowania w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania uwarunkowana jest przez czynniki prawne, standardy postępowania. Osobom dotkniętym zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania w tym schizofrenią i innymi schorzeniami przebiegającymi z objawami psychotycznymi

[13] WHO Mental Health Action Plan [who.int; dostęp:]
[14] Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2016
[15] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451
[16] Dane z NFZ

przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w ramach finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W ramach świadczeń gwarantowanych pacjenci w omawianej wyżej grupie mają zapewniony dostęp nie tylko do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, ale również świadczeń z zakresu kompleksowej opieki zdrowotnej takiej jak także rehabilitacja psychiatryczna, stanowiąca system skoordynowanych działań mających na celu wyposażenie chorego z zaburzeniami psychicznymi w umiejętności fizyczne, intelektualne i emocjonalne potrzebne do życia, uczenia się i pracy w społeczności, przy możliwie najmniejszym wsparciu ze strony osób i instytucji zawodowo zajmujących się pomaganiem.

Świadczenia gwarantowane w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Świadczenia realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, dziennych i stacjonarnych. W ramach świadczeń ambulatoryjnych pacjenci mają zagwarantowane świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne oraz leki niezbędne w stanach nagłych. Ponadto w ramach tego zakresu świadczeń gwarantuje się także działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin pacjentów. W zakresie świadczeń realizowanych w warunkach dziennych pacjent ma dostęp również do świadczeń terapeutycznych, niezbędnych badań diagnostycznych, programów terapeutycznych, leków oraz wyżywienia. Członkowie rodziny pacjenta także w tym przypadku mogą korzystać z działań edukacyjno-konsultacyjnych. Pacjenci korzystający z usług w warunkach stacjonarnych mają dostęp do wszystkich ww. świadczeń, a także dodatkowo do wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych. Na uwagę zasługuje również fakt, że wszystkie świadczenia są limitowane liczbą dni przysługujących danemu pacjentowi. Szczegółowy zakres świadczeń przysługujących pacjentom z omawianą grupą zaburzeń przedstawiono w poniższej tabeli.

Tab. Nr 2 Szczegółowy zakres świadczeń.

Zakres świadczenia	**Opis**	**Rozpoznanie**
		(F20-F29)
Świadczenia w trybie ambulatoryjnym i leczenia środowiskowego		
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	Porady, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii, w tym: - porada lekarska diagnostyczna, terapeutyczna, kontrolna - porada psychologiczna - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja wsparcia psychospołecznego - wizyta, porada domowa lub środowiskowa.	tak
Świadczenia psychologiczne	Porady lub sesje psychoterapii, w tym: - porada lekarska diagnostyczna, terapeutyczna, kontrolna - porada psychologiczna	nie

	- sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja wsparcia psychospołecznego.	
Leczenie środowiskowe (domowe)	Porady, wizyty domowe lub środowiskowe, sesje psychoterapii, udzielane w środowisku zamieszkania, ujęte w kompleksowy program terapeutyczny, w tym: - porada lekarska diagnostyczna, terapeutyczna, kontrolna - porada psychologiczna - wizyta, porada domowa lub środowiskowa - wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową - sesja wsparcia psychospołecznego.	tak
Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	Diagnostyka, leczenie oraz wczesna rehabilitacja osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, w tym psychotycznymi.	tak
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych	Rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. Działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.	tak
Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne	Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia.	tak
Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	Diagnostyka i leczenie osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi.	tak
Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie	Diagnostyka i leczenie osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, u których jest konieczna jednoczesna diagnostyka i leczenie towarzyszących schorzeń somatycznych lub leczenie gruźlicy oraz innych towarzyszących chorób zakaźnych.	tak
Świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych	Leczenie chorych na przewlekłe lub oporne na terapię zaburzenia psychiczne, w szczególności psychotyczne.	tak
Świadczenia psychogeriatryczne	Diagnostyka i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniami procesów poznawczych, zwykle powyżej 60 roku życia.	tak
Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	Wczesna lub późna rehabilitacja osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, leczonych z powodu utrwalonych zaburzeń funkcjonowania życiowego lub znacznego ryzyka powstania takich zaburzeń.	tak
Świadczenia opiekuńczo–lecznicze psychiatryczne dla dorosłych	Pielęgnacja i rehabilitacja oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach.	tak
Świadczenia pielęgnacyjno–opiekuńcze psychiatryczne	Opieka, pielęgnacja i rehabilitacja oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach.	tak
Świadczenia w opiece domowej lub rodzinnej	Długotrwały program rehabilitacyjny dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, oraz ze znacznym stopniem nieprzystosowania, polegający na ich umieszczeniu w warunkach domowych pod opieką wybranych rodzin i pod nadzorem szpitala.	tak
Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych	Wykonywane wyłącznie w ramach świadczeń: Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych Świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie Świadczenia psychogeriatryczne	tak

	Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej.	
Świadczenia stacjonarne w izbie przyjęć	Udzielane całodobowo w trybie nagłym, w tym świadczenia diagnostyczno–terapeutyczne, niezakończone hospitalizacją w oddziale lub pobytem w ośrodku lub zakładzie.	tak

Opracowanie własne na podstawie: Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Ponadto dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień mogą być realizowane turnusy rehabilitacyjne w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych, dziennych psychiatrycznych, a także ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (nie częściej niż raz na 12 miesięcy)[17].

Występowanie zaburzeń psychicznych w Polsce jest problemem, o jego randze świadczy regulacja kwestii związanych z ochroną zdrowia psychicznego na poziomie ustawowym. Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[18] za ochronę zdrowia psychicznego odpowiedzialne są organy władzy rządowej i samorządowej, a także instytucje do tego powołane. Celem ochrony zdrowia psychicznego są m.in. promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym, 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, a także kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości oraz przeciwdziałania ich dyskryminacji.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Konsekwencją zaburzeń psychicznych jest obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Działania, które zaproponowano w Programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności oraz wykluczeniu z rynku pracy mieszkańców województwa wielkopolskiego dotkniętych problemem schizofrenii oraz innych schorzeń przebiegających z objawami psychotycznymi. Podjęcie tych działań uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi oraz finansowymi w zakresie wydatków ponoszonych przez ZUS z tytułu świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Dane epidemiologiczne dla województwa wielkopolskiego w zakresie zaburzeń psychicznych nie napawają optymizmem. Umieralność w województwie z tej przyczyny jest o ok. 15% wyższa, niż w przypadku średniej dla całego kraju, osiągając tym samym 8 miejsce wśród

[17] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz. U. 2019 poz. 1285].

[18] Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 poz 685).

wszystkich regionów Polski. Ponadto zapadalność rejestrowana w Polsce w 2016 r. wyniosła 14 700 przypadków. Natomiast współczynnik zapadalności dla Polski wyniósł na 100 tysięcy ludności 38,1. Natomiast dla Wielkopolski zapadalność rejestrowana wyniosła 1271 przypadków, a współczynnik zapadalności na 100 tysięcy wyniósł 36,5. Tym samym zapadalność rejestrowana pozostaje wyższa w województwie od średniej dla całej Polski, która wynosi 918,75 natomiast dla Wielkopolski 1 271,64[19]. W 2016 roku w województwie wielkopolskim odnotowano 2 830 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako schizofrenia i inne choroby przebiegające z psychozą, co stanowiło 11,49 % wszystkich hospitalizacji. W 2019 roku liczba leczonych na schizofrenię wyniosła 10 590, natomiast chorych z pozostałymi psychozami było 1 360, liczba hospitalizowanych tylko chorych na schizofrenię wyniosła 3420 (w tym oddział psychiatryczny ogólny, opieki długoterminowej, oddział psychiatrii sądowej dla dorosłych), pozostałe psychozy to 309 hospitalizacji. Natomiast w poradniach psychiatrycznych leczonych na schizofrenię i inne psychozy było 9792 pacjentów[20]. Problem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania znajduje swoje odzwierciedlenie negatywne także na rynku pracy.

Wskazane wyżej dane stanowią bezsprzeczne uzasadnienie dla podjęcia działań planowanych w ramach niniejszego Programu.

Przywrócenie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności psychofizycznej, a także zdolności do podejmowania lub kontynuowania aktywności zawodowej oraz czynnego uczestnictwa w życiu społecznym pacjentom z problemem zaburzeń psychicznych możliwe jest dzięki podejmowaniu kompleksowych działań rehabilitacyjnych. Istotną przeszkodę w osiągnięciu pełnych rezultatów rehabilitacji medycznej stanowi bardzo niski odsetek pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej. Relacja osób korzystających z tego rodzaju świadczeń finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w odniesieniu do wszystkich osób leczonych z tego tytułu, wynosi mniej niż 0,1%[21]. Dane te wskazują na istnienie wyraźnie zauważalnego deficytu w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych dla osób z omawianymi problemami zdrowotnymi, zamieszkującymi obszar województwa wielkopolskiego. Ponadto należy podkreślić, iż interwencje oferowane w Programie stanowią w znacznej części świadczenia uzupełniające w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych, a zaplanowanie ich w trybie ambulatoryjnym pozwoli na zwiększenie dostępu do działań z zakresu profilaktyki wtórnej dla osób z populacji docelowej. Zarząd Województwa Wielkopolskiego planuje kontynuowanie działań w zakresie

[19] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego [mpz.mz.gov.pl;]
[20] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451
[21] Dane Narodowego Funduszu Zdrowia

objętym Programem w odpowiedzi na niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz obserwowaną sytuację zdrowotną oraz wprowadzonym dokumentem pn. Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030[22] - Cel strategiczny „Poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców Województwa Wielkopolskiego oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu” Cel operacyjny 2. Wczesne wykrywanie i ograniczanie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych.

Wdrożenie Programu uzasadnione jest także wskazaniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wśród pięciu grup schorzeń, będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej w Polsce, których powinny dotyczyć programy rehabilitacji medycznej.

Program nastawiony jest 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 są pobyty limitowane. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień szczegółowo określa z jakich świadczeń i w jakim okresie mogą korzystać pacjenci z określonym rozpoznaniem z zakresu chorób psychicznych[23]. Do Programu włączone będą osoby, dla których niewystarczające również 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. Program ma również zapewnić ciągłość i kompleksowość świadczeń.

5. Komplementarność z działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym

Zaplanowany Program wpisuje się w regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

1) Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim[24] – priorytet 2: Optymalizacja organizacji ochrony zdrowia w zakresie kompleksowej opieki medycznej w województwie wielkopolskim.

   Podejmowanie współpracy różnych środowisk specjalistów w celu zapewnienia różnych zdezinstytucjonalizowanych form opieki i pomocy pacjentom z zaburzeniami psychicznymi.

[22] Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030

[23] Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

[24] Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim – Wielkopolski Urząd Wojewódzki

2) Strategią Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku[25] – cel operacyjny 2.2. Przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniom. Działania zawarte w strategii uwzględniają realizację programów dotyczących profilaktyki zdrowotnej.
3) Polityką zdrowotną Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030[26] - Cel strategiczny „Poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców Województwa Wielkopolskiego oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu", cel operacyjny 2. Wczesne wykrywanie i ograniczanie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych.

II. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

- zapewnienie minimum 70 % pacjentom biorącym udział w Programie ciągłości i kompleksowości świadczeń z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej i aktywizacji zmierzających do utrzymania dobrostanu oraz zapobiegających wykluczeniu.

2. Cele szczegółowe

- poprawa jakości życia u co najmniej 70 % pacjentów,
- umożliwienie minimum 70% pacjentom udział we wszystkich procedurach proponowanych w Programie, zgodnie z indywidualnym programem terapeutycznym,
- ograniczenie liczby hospitalizacji do 5 %,
- ograniczenie liczby pilnych interwencji do 20 %.
- zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 70% uczestników Programu.

Wartości wszystkich celów oszacowano na podstawie dotychczasowych doświadczeń w realizacji podobnego programu polityki zdrowotnej w latach 2014-2020.

3. Mierniki efektywności

- liczba pacjentów zgłaszających się do Programu,
- liczba pacjentów korzystających z poszczególnych procedur realizowanych w ramach Programu,
- liczba pilnych interwencji u pacjentów korzystających z Programu związanych z pogorszeniem stanu zdrowia,

[25] Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku
[26] Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030

- liczba hospitalizacji pacjentów korzystających z Programu,
- liczba osób u których nastąpiła poprawa stanu psychicznego,
- liczba osób u których nastąpiła poprawa jakości życia w obszarze czynności życia codziennego,
- liczba osób u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu działań zdrowotnych,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie,
- liczba osób które powróciły do Programu,
- liczba osób zadowolonych z udziału w Programie.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

1. Populacja docelowa

W Programie będą uczestniczyli dorośli mieszkańcy województwa wielkopolskiego, osoby chore na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi, dla których niewystarczające jest leczenie ambulatoryjne, skierowane przez lekarza, pod opieką którego pacjent pozostaje (wzór skierowania stanowi załącznik nr 1). Do Programu będą włączane z własnej inicjatywy także osoby, które nie są zainteresowane świadczeniami oferowanymi w ramach oddziałów dziennych jak również osoby dla których skończyły się limity świadczeń w ramach oddziałów dziennych oraz leczeniu stacjonarnym.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie

2.1 Kryteria włączenia

- do Programu będą przyjmowane osoby u których rozpoznano schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi, które wymagają stałej rehabilitacji i aktywizacji (wzór Formularz kwalifikacji uczestników do Programu stanowi załącznik nr 2),
- podstawą kwalifikacji do Programu będzie stwierdzenie wskazań do udziału oraz zgoda pacjenta do wzięcia udziału w Programie, w tym zgoda na przetwarzanie danych osobowych (wzór zgody pacjenta stanowi załącznik nr 3).

2.2 Kryteria wyłączenia

- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej, np. ciężka depresja, zaostrzenie objawów psychotycznych wymagających hospitalizacji pacjenta;

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych (ma to na celu wyeliminowanie podwójnego finansowania świadczeń u danego uczestnika Programu - na podstawie oświadczenia pacjenta).

3. Planowane interwencje

W ramach Programu będą realizowane następujące procedury: psychoedukacja, terapia grupowa, terapia zajęciowa, socjoterapia.

- 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 powinny odbywać się w co najmniej 3 pracowniach.
- 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.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu

- Realizatorem Programu powinien być podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych realizowanych w Programie, wyłoniony w konkursie,
- kwalifikacji pacjentów do Programu będzie dokonywać 1 osoba wyznaczona przez zespół terapeutyczny,
- pacjenci nowi i powracający do Programu będą włączani każdorazowo na podstawie kwalifikacji oraz zgody pacjenta,

- procedury będą realizowane w oparciu o indywidualny program terapeutyczny opracowany przez zespół terapeutyczny i zorientowany na indywidualne potrzeby pacjentów (wzór formularza stanowi załącznik nr 4),
- w jednej procedurze może brać udział min 6 i max. 12 pacjentów,
- każda procedura będzie trwała nie krócej niż 60 minut,
- każdą procedurę przeprowadzał będzie 1 terapeuta.
- procedury będą wykonywane tylko przez fachowy personel tj. lekarzy specjalistów w zakresie psychiatrii, psychologów, specjalistów psychologii klinicznej, psychoterapeutów, osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu z zakresu psychoterapii oraz terapeutów zajęciowych, terapeutów środowiskowych, pracowników socjalnych,
- Program realizowany będzie w dni robocze od poniedziałku do piątku. Program może być realizowany również w sobotę po uzgodnieniu konkretnych terminów z pacjentami i osobami udzielającymi świadczeń.

5. Tryb zapraszania do Programu

Informacje o Programie będą umieszczone na stronie internetowej Realizatora Programu. Dodatkowo ulotki informujące o Programie dostępne będą w siedzibie Realizatora Programu oraz przekazane lekarzom i terapeutom, udzielającym świadczeń zdrowotnych opisanych w Programie.

6. Sposób zakończenia udziału w Programie

Zakończenie udziału pacjenta w Programie następuje w przypadku rezygnacji z Programu lub wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu.
Realizator dopuszcza zakończenie udziału pacjenta w Programie na każdym jego etapie, odbywa się to na życzenie samego pacjenta.

- W przypadku zakończenia Programu pacjent:
  - otrzymuje wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego,
  - zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych,
  - zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik nr 5), której wyniki będą pomocne w ewaluacji Programu,
  - kończy udział w Programie.
- W przypadku rezygnacji z Programu pacjent:
  - zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w Programie (brak uzyskania pełnej efektywności działań rehabilitacyjnych w zakresie poprawy stanu zdrowia i jakości życia),
  - zostaje poinformowany o możliwości powrotu do Programu, pod warunkiem pozytywnego zakwalifikowania,
  - zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.
- W przypadku czasowego pogorszenia stanu zdrowia niepozwalającego na udział w Programie pacjent:
  - zostaje poinformowany o możliwości powrotu do Programu pod warunkiem pozytywnego zakwalifikowania i dostępności miejsc,
  - zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.

IV. Organizacja Programu

1. Etapy i działania podejmowane w ramach Programu

- działania organizacyjne:
  - przygotowanie informacji o realizacji Programu na stronach internetowych Organizatora i Realizatorów,
  - opracowanie przez Realizatorów materiałów informacyjnych: ulotka,
  - przygotowanie i prowadzenie dokumentacji Programu,
  - opracowanie harmonogramu realizacji części terapeutycznej Programu, w oparciu o posiadane zasoby ludzkie i warunki lokalowe. (wzór harmonogramu stanowi załącznik nr 7)
  - kwalifikacja uczestników,
  - prowadzenie dokumentacji, w tym sporządzanie sprawozdań okresowych i końcowego na zakończenie Programu
- działania terapeutyczne:
  - kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu zgodnie z indywidualnym programem terapeutycznym,
- działania monitorujące:
  - bieżące monitorowanie jakości oraz zgłaszalności,
- działania ewaluacyjne:
  - analiza wartości mierników efektywności.

2. Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Osoby realizujące Program:

Program realizować będą pracownicy Realizatora Programu poza godzinami udzielania świadczeń w ramach WOW NFZ tj:

- lekarze psychiatrzy, psycholodzy, psychoterapeuci oraz terapeuci zajęciowi, terapeuci środowiskowi, pracownicy socjalni.

Warunki lokalowe i wyposażenie

Procedury realizowane będą w siedzibie Realizatora Programu w pomieszczeniach przygotowanych do ich przeprowadzenia tj. salach dla co najmniej 12 osób wyposażonych w sprzęt audiowizualny w których przeprowadzone będą zajęcia psychoedukacyjne, terapia grupowa i socjoterapia oraz z min. 3 pracowni wyposażonych w charakterystyczny dla danej pracowni sprzęt.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu

1. Monitorowanie

- **Ocena zgłaszalności do Programu**
  - prowadzenie komputerowej bazy osób korzystających z Programu,
  - prowadzenie dokumentacji związanej z realizacją Programu.
- **Ocena jakości realizacji Programu**
  - wizytowanie Realizatorów Programu przez Organizatora,
  - składanie sprawozdań okresowych (załącznik nr 8) i końcowego (załącznik nr 9) przez Realizatorów,
  - ankiety badające oczekiwania i satysfakcję pacjentów przed i po zakończeniu programu (załączniki nr 5 i 6).
- **Ocena efektywności Programu**
  - frekwencja osób korzystających z Programu,
  - liczba pacjentów korzystających z poszczególnych oferowanych procedur,
  - liczba osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym,
  - liczba osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego,
  - liczba osób u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu działań zdrowotnych,
  - liczba pilnych interwencji u pacjentów korzystających z Programu,
  - liczba hospitalizacji pacjentów korzystających z Programu.
  - liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie,
  - liczba osób które powróciły do Programu,

2. Ewaluacja

Za przeprowadzenie ewaluacji Programu odpowiedzialny będzie Organizator. Ocena efektywności Programu zostanie dokonana na podstawie analizy wartości mierników efektywności, obrazujących zaplanowane efekty korespondujące z celami Programu.

Ewaluacja Programu będzie opierała się na ocenie wartości wszystkich mierników efektywności. Utrzymanie trwałości uzyskanych w Programie efektów zdrowotnych w populacji województwa wielkopolskiego zaplanowano poprzez nadanie Programowi charakteru wieloletniego. Z kolei

jego dalsza realizacja uzależniona będzie od dostępności środków finansowych, jak również pozytywnej oceny efektywności Programu.

VI. Budżet Programu

Na realizację Programu zaplanowano 2 120 580 zł na lata 2021-2025.
Ceny jednostkowe, w oparciu o które wyliczono koszty Programu, zostały ustalone na podstawie uśrednionych kosztów podobnych procedur realizowanych przez podmioty lecznicze na terenie województwa wielkopolskiego. Koszty przewidziane w Programie będą ponoszone na warunkach określonych w wytycznych konkursowych. Zaplanowane przez Realizatorów szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny złożonego formularza ofertowego zgodnie z wytycznymi ustalonymi przez Organizatora. Koszty monitorowania Programu stanowić będą koszty pośrednie odpowiedzialnych za to zadanie Realizatorów, natomiast ewaluacja zostanie przeprowadzona zgodnie z wytycznymi.

1. Koszty jednostkowe

Jednostkowy koszt każdej procedury to 18 zł/osobę czyli ogółem koszt procedury wyniesie 216 zł przy założeniu, że skorzysta z niego max. liczba pacjentów, tj. 12 osób. Zakłada się sfinansowanie 1785 procedur w roku.

2. Koszty całkowite

Koszt roczny Programu: 424 116 zł, w tym:

- koszty bezpośrednie: 1785 świadczeń x 216 zł = 385 560 zł
- koszty pośrednie (promocja, obsługa programu, itp.): 10% kosztów bezpośrednich tj. kwota 38 556 zł.

3. Źródła finansowania

- Środki z budżetu Województwa Wielkopolskiego

Spis tabel:

Tab. Nr 1 Wykaz jednostek chorobowych.

Tab. Nr 2 Szczegółowy zakres świadczeń.

Bibliografia

1. Bank danych lokalnych, GUS {bdl.stat.gov.pl}.
2. Dane z NFZ.
3. Centrum Dobrej Terapii – lek. med. Paweł Brudkiewicz.
4. Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2019.
5. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego [mpz.mz.gov.pl;].
6. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012 [csioz.gov.pl; dostęp 05.02.2018].
7. Opracowanie lek. med. Paweł Brudkiewicz.
8. Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030.
9. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim – Wielkopolski Urząd Wojewódzki.
10. Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. Urząd statystyczny w Poznaniu, Poznań 2015.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz. U. 2019 poz. 1285].
12. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2017, GUS (stat.gov.pl).
13. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 poz 685).
14. Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl].
15. Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl] Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl].
16. Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl].
17. WHO Mental Health Action Plan [who.int; dostęp:].
18. Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku.

Załącznik nr 1

…….
pieczątka podmiotu kierującego

…….
miejscowość, data

SKIEROWANIE
DO PROGRAMU PSYCHIATRYCZNEGO TERAPEUTYCZNO-REHABILITACYJNEGO POŁĄCZONEGO Z AKTYWIZACJĄ PACJENTÓW

.....
nazwa poradni

Proszę o włączenie do Programu:

Panią

(Pana).....

Adres.....

……

PESEL • • • • • • • • • • • .

Rozpoznanie.....
(w języku polskim)

.....kod(ICD10).....

Informacja o braku przeciwwskazań .....

.....

.....….....

.....
podpis i pieczątka lekarza kierującego

Załącznik nr 2

…….
Nazwa realizatora Programu

……
miejscowość, data

Formularz kwalifikacji uczestników
do Programu psychiatrycznego terapeutyczno-rehabilitacyjnego połączonego
z aktywizacją pacjentów.

1. **Imię i nazwisko uczestnika Programu:**

   ……..…….…….…….....….

2. **Pesel:**

   ……..……..…..……

3. **Adres zamieszkania:**

   ……..……

4. **Podstawa przyjęcia do Programu:**

   - **Skierowanie**
   - **……..**

5. **Rozpoznanie jednostki chorobowej wg ICD 10:**

   …….…….……..……..….

   ……..…….…….

6. **Choroby współistniejące:**

   ……..…….…..……

   ……..…..…….

   ……

7. **Przeciwskazania do udziału w Programie: tak* nie***
   (uzasadnić przy zaznaczeniu odpowiedzi tak)

   ……..…….…….……

   ……...

   Podpis osoby kwalifikującej

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PSYCHIATRYCZNYM TERAPEUTYCZNO-REHABILITACYJNYM POŁĄCZONYM Z AKTYWIZACJĄ PACJENTÓW

…….
Imię i Nazwisko:

…….
Pesel:

…….

……..……
Adres zamieszkania:

Deklaracja uczestnictwa w projekcie pn. Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

…….. ……..
Miejscowość, data złożenia podpisu Podpis - imię i nazwisko

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizacji programu pn. Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów.

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się z informacją nt. przetwarzania danych osobowych obowiązujących w ……..……..….
(nazwa realizatora Programu)

…… …….
Miejscowość, data złożenia podpisu Podpis Imię i nazwisko

Załącznik nr 4

……..…… ……..
Nazwa realizatora Programu miejscowość, data

Indywidualny Program Terapeutyczny:

- Imię i nazwisko pacjenta:

……

- Pesel:

……

- Adres zamieszkania:

……

……

- Rozpoznanie jednostki chorobowej wg ICD 10:

……

……

- Choroby współistniejące:

……

……

- Analiza historii dotychczasowego leczenia:

…….

…….

…….

…….

- Szczegółowa analiza problemów i objawów oraz zakresu funkcjonowania pacjenta oraz określenie potrzeb pacjenta w zakresie terapii. (przed rozpoczęciem terapii):

…….

…….

…….

…….

…….

……

…….

- Dobór metod terapeutycznych do określonych dolegliwości, funkcjonalności i potrzeb pacjenta:
  - Psychoedukacja: tak* nie*
  - Terapia grupowa: tak* nie*
  - Terapia zajęciowa: tak* nie*
  - Socjoterapia: tak* nie*
- Modyfikacja planu terapeutycznego: zmiana metod terapeutycznych w dniu:

	. ……. Data		…….……. Data		…….…….. Data	
• Psychoedukacja:	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*
• Terapia grupowa:	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*
• Terapia zajęciowa:	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*
• Socjoterapia:	tak *	nie*	tak *	nie*	tak*	nie*

***niepotrzebne skreślić**

Załącznik nr 5

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

- PRZED ROZPOCZĘCIEM UDZIAŁU W PROGRAMIE

Proszę o odpowiedź na poniższe pytania poprzez zaznaczenie krzyżykiem:

1. **Czy radzisz sobie w obszarze czynności życia codziennego?:**
   - nie radzę sobie ☐
   - radzę w niewielkim stopniu ☐
   - radzę sobie ☐
2. **W jakim stanie jest Twoje zdrowie psychiczne?:**
   - z złym stanie ☐
   - w dobrym stanie ☐
3. **Jak wyglądają Twoje relacje z innymi ludźmi?:**
   - mam problem z nawiązaniem relacji z innymi ludźmi ☐
   - nie mam problemu z nawiązywaniem relacji z innymi ludźmi ☐
4. **Jaki jest stopień poczucia Twojej wartości?:**
   - brak poczucia własnej wartości ☐
   - niski poziom własnej wartości ☐
   - wysoki poziom własnej wartości ☐
5. **Czy Jesteś zadowolony z życia?**:
   - nie jestem zadowolony z życia ☐
   - jestem zadowolony z życia ☐
6. **Czy aktywnie spędzasz wolny czas?:**
   - nie, nie spędzam ☐
   - tak spędzam ☐
7. **Czego oczekujesz z udziału w Programie? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):**
   - łatwiejszego radzenia sobie z problemami psychicznymi ☐
   - zwiększenia motywacji do leczenia ☐
   - wiary, że mogę coś osiągnąć ☐
   - zwiększenia pewności siebie ☐
   - poprawy moich kontaktów z ludźmi ☐
   - inne (jakie?) ……
     …….

8. **Jakie są Twoje oczekiwania w zakresie treści, które mają być przekazane w ramach działań edukacyjnych? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)**:
   - czynne zapobieganie nawrotom choroby ☐
   - wypracowanie akceptacji choroby psychicznej ☐
   - rozpoznawanie objawów psychotycznych i radzenie sobie z nimi ☐
   - inne, ważne z Twojego punktu widzenia, (jakie?):
     - ……..……...…….
     - ……...……..
     - ……..……

Załącznik nr 6

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

– PO ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W PROGRAMIE

Proszę o odpowiedź na poniższe pytania poprzez zaznaczenie krzyżykiem:

1. **Jak oceniasz zaangażowanie terapeutów realizujących Program**
   - bardzo zaangażowani ☐
   - wystarczająco zaangażowani ☐
   - mało zaangażowani ☐
   - zupełnie niezaangażowani ☐
2. **W jakim stopniu Program przyczynił się do poprawy jakości Twojego życia w obszarze czynności życia codziennego?**
   - zdecydowanie poprawił ☐
   - częściowo poprawił ☐
   - niewiele poprawił ☐
   - nie poprawił ☐
3. **W jakim stopniu udział w Programie poprawił Twoje zdrowie psychiczne?**
   - znacząco poprawił ☐
   - częściowo poprawił ☐
   - niewiele poprawił ☐
   - nie poprawił ☐
4. **Na które z wymienionych elementów składających się na dobre funkcjonowanie Program wpłynął w największym stopniu?**
   - relacje z ludźmi ☐
   - poczucie własnej wartości ☐
   - zadowolenie z życia ☐
   - aktywne spędzanie wolnego czasu ☐
5. **Uczestnictwo w Programie:**
   - pomogło mi w radzeniu sobie z problemami psychicznymi ☐
   - zmotywowało mnie do leczenia ☐
   - uwierzyłam/uwierzyłam, że mogę coś osiągnąć ☐
   - zwiększyło moją pewność siebie ☐
   - poprawiło moje kontakty z ludźmi ☐
   - niczego nie zmieniło w moim życiu ☐

6. **W jakim stopniu uzyskałeś/aś wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych (np.: w zakresie: czynnego zapobiegania nawrotom choroby, wypracowania u pacjentów akceptacji choroby psychicznej, rozpoznawania objawów psychotycznych i radzenia sobie z nimi)?**
   - uzyskałem wzrost wiedzy w dużym stopniu ☐
   - uzyskałem wzrost wiedzy w niewielkim stopniu ☐
   - nie uzyskałem wzrostu wiedzy ☐
7. **W jakim stopniu udział w Programie spełnił Twoje oczekiwania?**
   - w bardzo wysokim stopniu ☐
   - spełnił wystarczająco ☐
   - spełnił częściowo ☐
   - nie spełnił ☐
8. **W jakim stopniu jesteś zadowolony z udziału w Programie?**
   - bardzo zadowolony ☐
   - zadowolony ☐
   - raczej zadowolony ☐
   - nie zadowolony ☐

Załącznik nr 7

…….
Nazwa realizatora

Harmonogram planowanych procedur w miesiącu …..... 202... r.					
Lp.	Nazwisko i imię prowadzącego	Daty planowanej procedury	liczba pacjentów	Rodzaj procedury	Podpis prowadzącego
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

…….
miejscowość i data

…….
podpis osoby
odpowiedzialnej

Załącznik nr 8

……..…… ……..
Nazwa realizatora Programu miejscowość, data

Sprawozdanie okresowe z realizacji „Programu psychiatrycznego terapeutyczno - rehabilitacyjnego połączonego z aktywizacją pacjentów” za ……..

Lp.	Wskaźniki	Liczba
1	Osoby uczestniczące w Programie	
2.	Pacjenci korzystający z psychoedukacji	
3	Pacjenci korzystający z terapii grupowej	
4	Pacjenci korzystający z terapii zajęciowej	
5	Pacjenci korzystający z socjoterapii	
6	Pilne interwencje u pacjentów korzystających z Programu	
7	Pacjenci hospitalizowani podczas udziału w Programie	
5	Pacjenci rezygnujący z udziału w Programie	
6	Pacjenci powracający do Programu	
7	Przeprowadzone sesje psychoedukacji	
8	Przeprowadzone sesje terapii grupowej	
9	Przeprowadzone sesje terapii zajęciowej	
10	Przeprowadzone sesje socjoterapii	

…….
podpis osoby odpowiedzialnej

Załącznik nr 9

……..…… ……..
Nazwa realizatora Programu miejscowość, data

Sprawozdanie końcowe z realizacji „Programu psychiatrycznego terapeutyczno - rehabilitacyjnego połączonego z aktywizacją pacjentów” za ……..

Lp.	Wskaźniki	Liczba
1	Osoby uczestniczące w Programie	
2.	Pacjenci korzystający z psychoedukacji	
3	Pacjenci korzystający z terapii grupowej	
4	Pacjenci korzystający z terapii zajęciowej	
5	Pacjenci korzystający z socjoterapii	
6	Pilne interwencje u pacjentów korzystających z Programu	
7	Pacjenci hospitalizowani podczas udziału w Programie	
5	Pacjenci rezygnujący z udziału w Programie	
6	Pacjenci powracający do Programu	
7	Przeprowadzone sesje psychoedukacji	
8	Przeprowadzone sesje terapii grupowej	
9	Przeprowadzone sesje terapii zajęciowej	
10	Przeprowadzone sesje socjoterapii	
11	Pacjenci, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym	
12	Pacjenci, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego	
13	Pacjenci, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu działań zdrowotnych	

……
podpis osoby odpowiedzialnej