

Uchwała Nr 4098/2021  
Zarządu Województwa Wielkopolskiego  
z dnia 23 września 2021 r.

w sprawie: przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi”

Na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2020 r. poz. 1668 t.j. ze zm.) oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 t.j. ze zm.), Zarząd Województwa Wielkopolskiego uchwała co następuje:

§ 1

Zarząd Województwa Wielkopolskiego przyjmuje do realizacji program polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi”, który stanowi załącznik do niniejszej Uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Marszałek Województwa  
Marek Woźniak*

Uzasadnienie do Uchwały Nr 4098/2021  
Zarządu Województwa Wielkopolskiego  
z dnia 23 września 2021 r.

Zgodnie z przytoczonymi w treści uchwały przepisami prawnymi, organem, który wykonuje budżet województwa wielkopolskiego jest Zarząd Województwa.

Samorząd Województwa realizuje zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia zgodnie z ustawą z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie województwa, ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Program polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi”, został opracowany zgodnie z obowiązującymi regulacjami i uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 48/2021 z dnia 25 sierpnia 2021r., pod warunkiem uwzględnienia uwag w niej zawartych, co zostało spełnione.

W związku z powyższym przyjęcie niniejszej uchwały jest zasadne.

*Paulina Stochniałek*  
*Członek Zarządu*



## **„Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi”**

**Okres realizacji Programu:**

2021-2026

**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 .....	3
<b>I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu .....</b>	<b>4</b>
1. Opis problemu zdrowotnego .....	4
1.1 Depresja .....	4
1.2. Zaburzenia afektywne (F30-F34, F38-F39) .....	7
1.3. Depresja a samobójstwa .....	9
2. Dane epidemiologiczne .....	11
2.1. Demografia województwa wielkopolskiego .....	11
2.2. Globalny obraz problemu zaburzeń psychicznych .....	12
2.3. Zdrowie psychiczne w Polsce .....	13
2.4. Problemy zdrowia psychicznego w perspektywie województwa wielkopolskiego ..	13
2.5. Dostępność zasobów ochrony zdrowia w opiece psychiatrycznej .....	16
3. Opis obecnego postępowania .....	17
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu .....	21
4.1 Komplementarność Programu z działaniami podejmowanymi na poziomie województwa wielkopolskiego. ....	21
<b>II. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji .....</b>	<b>22</b>
1. Cel główny .....	22
2. Cele szczegółowe .....	22
3. Mierniki efektywności realizacji Programu .....	23
<b>III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach Programu .....</b>	<b>24</b>
1. Populacja docelowa .....	24
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie oraz kryteria wyłączenia z Programu .....	25
2.1. Interwencje rozwijające umiejętności zawodowe kadry medycznej (etap I) .....	25
2.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II) .....	25
2.3. Sposób informowania o Programie .....	26
3. Planowane interwencje .....	26
3.1. Szkolenia dla personelu medycznego (etap I) .....	26
3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu .....	27
3.3. Dowody skuteczności planowanych działań .....	31
3.4. Spójność merytoryczna i organizacyjna .....	32
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu .....	32
5. Sposób zakończenia udziału w Programie .....	33
<b>IV. Organizacja Programu .....</b>	<b>33</b>
1. Etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów: .....	33
2. Warunki organizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	33
2.1. Szkolenia dla personelu medycznego (etap I) .....	33
<b>V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu .....</b>	<b>34</b>
1. Monitorowanie .....	34
2. Ewaluacja .....	35
<b>VI. Budżet Programu .....</b>	<b>36</b>
1. Koszty jednostkowe .....	37

<b>1.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)</b> .....	37
<b>1.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)</b> .....	37
<b>2. Koszty całkowite</b> .....	38
<b>3. Źródło finansowania</b> .....	40
<b>Bibliografia</b> .....	41
<b>Spis tabel</b> .....	44
<b>Załącznik nr 1</b> .....	45
<b>Załącznik nr 2</b> .....	48
<b>Załącznik nr 1 do formularza kwalifikacyjnego</b> .....	50
<b>Załącznik nr 2 do formularza kwalifikacyjnego</b> .....	51
<b>Załącznik nr 3 do formularza kwalifikacyjnego</b> .....	52
<b>Załącznik nr 4 do formularza kwalifikacyjnego</b> .....	53
<b>Załącznik nr 3</b> .....	54
<b>Załącznik nr 4</b> .....	56
<b>Załącznik nr 5</b> .....	57
<b>Załącznik nr 6</b> .....	58
<b>Załącznik nr 7</b> .....	59

## **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 - Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi

WHO – World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

## I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu

### 1. Opis problemu zdrowotnego

#### 1.1 Depresja

Zaburzenia psychiczne w Polsce dotyczą coraz większej części społeczeństwa. Niestety występowanie ich wiąże się z niekorzystnymi następstwami dla ogólnego funkcjonowania. WHO szacuje, że zaburzenia psychiczne dotyczą już co piątej osoby na świecie. Chorych będzie przybywać, bo żyjemy w coraz większym pośpiechu i przewlekłym stresie, w dodatku zbyt krótko i rzadko wypoczywamy. Taki tryb życia skutkuje pojawianiem się zaburzeń psychicznych, w tym depresji. Depresja należy do grupy zaburzeń afektywnych, jest poważnym zaburzeniem nastroju, często uniemożliwiającym prawidłowe funkcjonowanie na co dzień. Stan ten cechuje się głównie pogorszeniem nastroju, zmniejszeniem energii i aktywności oraz zainteresowań. Obecnie problem depresji w społeczeństwie stał się problemem bardzo rozpowszechnionym, na świecie choruje na nią 350 mln ludzi<sup>1</sup>. Zgodnie z dokumentem Światowej Organizacji Zdrowia (*Mental Health Action Plan 2013-2020*)<sup>2</sup>, depresja stanowi 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności na świecie (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY), szczególnie często występuje wśród kobiet.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania depresji w społeczeństwie polskim zostały uzyskane z badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska” (*Kondycja Psychiczna mieszkańców Polski, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 2012*). Było to badanie przeprowadzone na reprezentatywnej grupie polskiego społeczeństwa w wieku od 18 do 64 r.ż. Dane te mają zdecydowaną przewagę nad danymi z psychiatrycznych jednostek opieki zdrowotnej przedstawianych do tej pory w rocznikach statystycznych, ponieważ ukazują rzeczywiste rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym problemu depresji, w populacji ogólnej, a nie wyłącznie dane dotyczące osób już objętych specjalistyczną opieką psychiatryczną. W Polsce, w ostatnich kilkunastu latach, dane z psychiatrycznych jednostek opieki zdrowotnej wskazywały na istotny wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Stwierdzono 100% wzrost w lecznictwie ambulatoryjnym i 50% w lecznictwie stacjonarnym<sup>3</sup>. W badaniu EZOP Polska stwierdzono, że u 3% mieszkańców kraju w wieku produkcyjnym wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. Według przytoczonego badania dotyczy to 766 tys. osób, które w ciągu dotychczasowego życia doświadczyły epizodu depresyjnego. Dane te nie uwzględniają jednak populacji dzieci i osób powyżej 65 r.ż. Rozpowszechnienie depresji wśród kobiet okazuje się większe we wszystkich grupach wiekowych. Rozpowszechnienie depresji wśród mężczyzn pozostaje na podobnym poziomie we wszystkich grupach wiekowych, z niewielkim wzrostem wskaźników w grupie 30-39 lat, co jest wiekiem odpowiadającym szczytowi aktywności zawodowej. U kobiet wskaźniki

<sup>1</sup> Marcus M. Yasamy T.M., van Ommeren M., Chisholm D., Saxena S. Depression. A global Public health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. 2012. World Health Organization.

<sup>2</sup> World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization 2013.

<sup>3</sup> Moskalewicz J., Boguszewska L. Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje. W: Szymborski J. Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. Warszawa. Rządowa Rada Ludności. 2012.



rosną wraz z wiekiem, począwszy od 2,5% w najmłodszej grupie (18-29 lat) do 5% powyżej 50 r.ż. Epizody depresyjne występują częściej u osób obojga płci z wyższym wykształceniem. Rozpowszechnienie depresji wzrasta wraz ze wzrostem rozmiarów miejscowości zamieszkania (1,3% mężczyzn na wsi – 3,5% mężczyzn w mieście powyżej 200 tys. mieszkańców; 2,6% kobiet na wsi – 6,3% kobiet w mieście powyżej 200 tys. mieszkańców). Depresja okresu dzieciństwa i wieku młodzieńczego wciąż jest mniej poznana niż depresja osób dorosłych. Wiadomym jest jednak, że w okresie dzieciństwa tyle samo dziewcząt co chłopców choruje na depresję (choć niektóre badania wskazują na częstsze w tym wieku występowanie depresji u chłopców), a w okresie dojrzewania dwa razy więcej dziewcząt. W grupie dzieci i młodzieży na depresję cierpi 1% dzieci w wieku przedszkolnym powyżej 2 i 3 r.ż., a 2% w grupie dzieci 6-12 lat. Według innych badań, występowanie depresji w populacji młodzieży może dotyczyć nawet od 4-8% do 20%. Charakterystyczną cechą depresji okresu dzieciństwa i dojrzewania jest wysoki współczynnik współchorobowości. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia z 1995 r. współchorobowość (nazwana też podwójną diagnozą) to współwystępowanie u tego samego pacjenta określonych jednostek chorobowych. U 30-75% dzieci z depresją spełnia równocześnie kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych. Zwraca uwagę zwłaszcza fakt wyraźnego zwiększenia częstości hospitalizacji z powodu depresji w populacji dzieci i młodzieży w latach 1999-2009. Choć liczby bezwzględne są stosunkowo niewielkie, to należy pamiętać, że hospitalizacja psychiatryczna jest powszechnie traktowana jako ostateczność, a decyzja o jej podjęciu dotyczy zazwyczaj osób już poważnie chorych<sup>4</sup>.

Ponadto, wyniki metaanalizy podsumowującej 59 badań epidemiologicznych wskazują, że rzeczywista częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie poporodowym wynosi ok. 13%<sup>5</sup>, w praktyce jednak zaburzenia depresyjne w okresie poporodowym bardzo często pozostają nierozpoznane.

Depresja jest chorobą ogólnoustrojową. Jej występowanie i brak właściwego leczenia powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Dlatego też, tak istotne jest podejmowanie profilaktycznych działań mających na celu zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie depresji. Najpoważniejszym powikłaniem depresji jest samobójstwo, które jest problemem społecznym i medycznym. Według szacunku WHO rocznie samobójstwo popełnia 800 tys. ludzi, a liczba osób podejmujących próby samobójcze jest 20 razy większa. Ocenia się, że na świecie co 40 sekund ktoś odbiera sobie życie<sup>6</sup>. Na podstawie danych Banku Światowego szacuje się, że powszechne występowanie samobójstw wynosi 10,5/100 tys., zdecydowanie częściej dotyczy mężczyzn (16,3/100 tys.) niż kobiet (4,6/100 tys.). Zauważa się przewagę liczby samobójstw w krajach wysoko rozwiniętych – 11,64/100 tys. wobec 7,93/100 tys. w krajach średnio rozwiniętych<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Turno M. One są wśród nas. Dziecko z depresją w przedszkolu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji Ministerstwa Edukacji Narodowej. 2010

<sup>5</sup> O'Hara W.M., Swain M.A. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996; 8(1):37-54

<sup>6</sup> World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva; 2014

<sup>7</sup> Khazaei S, Armanmehr V, Nematollahi S, Rezaeian S, Khazaei S. Suicide rate in relation to the Human Development Index and Rother health related factors: A global ecological study from 91 countries. *J.Epidemiol. Glob. Health*. 2017; 7(2): 131–134. Doi: 10.1016/j.jegh.2016.12.002

W X wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania (ICD-10)<sup>8</sup> wyodrębniono kilka kategorii diagnostycznych zaburzeń depresyjnych:

- a) epizod depresyjny (odpowiednik „dużej depresji” w systemie DSM);
- b) stany depresyjne nawracające (choroba afektywna jednobiegunowa) oraz depresje występujące w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych;
- c) grupę przewlekłych zaburzeń nastroju, w tym dystymię i cyklotymię;
- d) zaburzenia depresyjne występujące w schorzeniach organicznych ośrodkowego układu nerwowego, chorobach somatycznych, związane ze stosowaniem leków i innych substancji oraz depresje jako przejaw reakcji adaptacyjnej.

Jednym z kryteriów klasyfikacji stanów depresyjnych jest ich ciężkość (nasilenie objawów i cech). Klasyfikacja ta ma pewną wartość orientacyjną przy wyborze metody i miejsca leczenia.

Poniżej zestawiono kryteria depresji o nasileniu łagodnym, średnim oraz dużym.

1) Depresja łagodna, depresja poronna:

- Subdepresja - podstawowe objawy i cechy depresji mają niewielkie nasilenie; mogą występować pojedyncze charakterystyczne cechy depresji (zmęczenie, zniechęcenie, złe samopoczucie, brak zadowolenia, pogorszenie snu, gorszy apetyt).
- Depresja maskowana (w obrazie klinicznym zwykle dominuje jeden z objawów przy braku wyraźniejszych psychopatologicznych objawów zespołu, zwłaszcza smutku, zniechęcenia, anhedonii).

2) Depresja o średnim nasileniu, depresja umiarkowana: podstawowe objawy i cechy depresji.

- Wykazują średnie nasilenie; zniechęcenie do życia; występuje wyraźne pogorszenie funkcjonowania społecznego i zawodowego.

3) Depresja o dużym nasileniu, depresja ciężka:

- Depresja ciężka bez objawów psychotycznych - dominuje smutek lub zubożenie, spowolnienie psychoruchowe, niekiedy lęk, niepokój, myśli i tendencje samobójcze występują często; bardzo duże zaburzenia funkcjonowania społecznego, niezdolność do pracy zawodowej.
- Depresja ciężka z objawami psychotycznymi - objawy jak wyżej oraz:
  - urojenia winy, kary, hipochondryczne,
  - zahamowanie ruchowe, niekiedy osłupienie depresyjne (stupor),
  - podniecenie ruchowe (depresja „agitowana”).

**Tab. Nr 1. Kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego wg ICD-10**

<b>Objawy podstawowe:</b>
1. Obniżony nastrój
2. Utrata zainteresowań i zdolności do radowania się
3. Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności.
<b>Objawy dodatkowe:</b>
1. Osłabienie koncentracji i uwagi.
2. Niska samoocena i mała wiara w siebie
3. Poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu)

<sup>8</sup> X wersja Międzynarodowa Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania (ICD-10)

4. Pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
5. Myśli i czyny samobójcze
6. Zaburzenia snu
7. Zmniejszony apetyt <sup>9</sup> .

Do głównych przyczyn istnienia depresji z perspektywy zdrowia publicznego w społeczeństwie należą:

- a) zwiększenie roli środowiskowych czynników w zachorowalności na depresję wiążące się z dynamicznym rozwojem społeczeństwa i gospodarki, zwiększonymi oczekiwaniami społecznymi, ambicjami, zaniedbywaniem higieny życia codziennego, snu oraz żywienia ze względu na wzrastające tempo życia i narażenie na szeroko pojęty stres,
- b) wydłużenie przeciętnej długości trwania życia, a co za tym idzie większa współchorobowość, konieczność przyjmowania leków często o prodepresyjnym mechanizmie działania – narażenie na wzrastającą liczbę oddziałujących czynników zewnętrznych w etiopatogenezie depresji,
- c) występujący w społeczeństwie wstyd leczenia z powodu zaburzeń i chorób psychicznych oraz poczucie stygmatyzacji bycia leczonym psychiatrycznie,
- d) ograniczona świadomość społeczeństwa co do występowania zaburzeń psychicznych i możliwości ich leczenia,
- e) ograniczona dostępność do specjalistycznej pomocy lekarskiej w zakresie psychiatrii, zwłaszcza psychiatrii dzieci i młodzieży.

Natomiast z perspektywy klinicznej można wyróżnić dwa podejścia do poszukiwania przyczyn zaburzeń depresyjnych i ich klasyfikowania. Jedno – prezentowane głównie przez psychiatrów europejskich – wiąże się z dążeniem do wyodrębniania i opisywania charakterystyki klinicznej licznych stanów depresyjnych, w zależności od ich znanej lub domniemanej przyczyny. Drugie – „unitarystyczne” – miało swoich zwolenników głównie wśród psychiatrów w Stanach Zjednoczonych, którzy zaburzenia depresyjne traktowali bardziej całościowo i którzy większy nacisk kładli na określanie kryteriów diagnostycznych, podkreślając jednocześnie wieloprzyczynowość depresji u człowieka<sup>10</sup>.

## 1.2. Zaburzenia afektywne (F30-F34, F38-F39)

Depresja należy do grupy zaburzeń afektywnych. Jak wcześniej wspomnieliśmy zaburzenia te mają niekorzystny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie pacjentów i bardzo często mają charakter nawracający. Opierając się na doniesieniach naukowych można stwierdzić, że nieleczona depresja o umiarkowanym nasileniu trwa około 10 miesięcy i aż w 75% epizodów prowadzi do pojawienia drugiej fazy o znacznym nasileniu objawów. Dlatego tak ważne jest poddanie się leczeniu, ponieważ to właśnie odpowiednie leczenie zapobiega pogłębianiu się objawów, a w wielu przypadkach prowadzi do ich całkowitego ustąpienia<sup>11</sup>. Niestety najnowsze

<sup>9</sup> Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012 [csioz.gov.pl].

<sup>10</sup> Pużyński S., Depresje i zaburzenia afektywne, Wyd. 5, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008, ISBN 9788320038286

<sup>11</sup> McKenzie K. Poradnik medyczny. Depresja . wydawnictwo Wiedza i życie, Warszawa 2011

doniesienia wskazują na istotny wpływ depresji na zwiększoną umieralność. Negatywny wpływ depresji wynika w dużej mierze z faktu, iż pozostaje ona jednym z istotnych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz ryzyka wystąpienia udaru. Przytoczone fakty wskazują wyraźnie na potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych w tej grupie pacjentów<sup>12</sup>. Zwrócić należy również uwagę na aspekt depresji nawracającej, która jest jedną z istotnych przyczyn niepełnosprawności i bezrobocia na świecie<sup>13</sup>.

W dobie rozprzestrzeniania się zakażenia wirusem COVID-19 pojawiają się również niepokojące doniesienia poparte licznymi badaniami, potwierdzające, że osoby, które przechorowały zakażenie są bardziej narażone na występowanie zaburzeń psychicznych. Koronawirus SARS-CoV-2 atakuje nie tylko drogi oddechowe, ale wpływa również na inne narządy w naszym ciele. Coraz więcej badań pokazuje, że może wpływać na pracę naszego mózgu. Naukowcy przebadali osoby, które przechorowały COVID-19 i odkryli, że u części z nich wystąpiły problemy ze zdrowiem psychicznym. Naukowcy przeanalizowali karty zdrowia 69 milionów osób w Stanach Zjednoczonych, w tym ponad 62 tys. z potwierdzonym COVID-19. W ciągu trzech miesięcy po otrzymaniu pozytywnego wyniku testu na COVID-19, u 1 na 5 osób, które przeżyły, po raz pierwszy zdiagnozowano takie zaburzenia jak lęk, depresja lub bezsenność. Co ciekawe, naukowcy odkryli również, że osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi są o 65 proc. bardziej narażone na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2, niż osoby bez zaburzeń<sup>14</sup>. Zaburzenia zdrowia psychicznego będące następstwem pandemii COVID-19 i jej konsekwencjami (np. izolacją społeczną), wymagają odpowiednich reakcji. Dotyczy to zarówno promocji zdrowia psychicznego, jak i poprawy dostępu do fachowej opieki psychiatrycznej i psychologicznej. Najlepiej, aby była ona udzielana jeszcze na etapie ambulatoryjnym, w specjalistycznych poradniach, a w przypadku głębokiego kryzysu psychicznego – na oddziałach leczenia stacjonarnego.

Cytując dane ZUS za 2016 r. należy podkreślić, że epizody depresyjne (F32) mają znaczny wpływ na występowanie absencji chorobowej i tak znajdują się na szóstym miejscu wśród przyczyn najdłuższych absencji z tytułu choroby własnej w grupie kobiet (1,9%) oraz na osiemnastym wśród mężczyzn (1,3%). Podkreślić należy fakt, że zaburzenia depresyjne nawracające (F33) w przypadku kobiet odpowiadają za 0,9% ogółu dni absencji chorobowej rocznie<sup>15</sup>. Omawiane wyżej jednostki chorobowe znajdują się również w grupie chorób i zaburzeń psychicznych, które generują wysokie koszty świadczeń wypłacanych przez ZUS<sup>16</sup>. Analizując powyższe tzn. wpływ depresji na rozwój chorób somatycznych oraz wysokie wskaźniki finansowe, można wyraźnie stwierdzić, że istnieje uzasadnienie do wdrożenia działań rehabilitacji psychiatrycznej dla osób cierpiących na depresję i nawracające zaburzenia depresyjne. Działania te mają przede wszystkim na celu wyeliminowanie deficytów lub ich skompensowanie i przywrócenie jednostce zdolności do kierowania swoim życiem, w tym kontynuowania lub podjęcia aktywności społecznej i zawodowej.

<sup>12</sup> Gliman S., Sucha E., Kingsbury M., Horton N., Murphy J., Colman I. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952-2011. CMAJ 2017

<sup>13</sup> Friedrich M.J. Depression is the leading cause of disability around the world. JAMA 2017

<sup>14</sup> *The intersection of COVID-19 and mental health. Lancet. Vol 20, Issue 11, P1217, November 01, 2020.*

<sup>15</sup> Absencja chorobowa w 2016 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, Warszawa 2017.

<sup>16</sup> Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.

Zaburzenia te niejednokrotnie przyczyniają się do rozwoju niepełnosprawności, zwłaszcza u osób, które przejawiają izolację społeczną<sup>17</sup>. Zaburzenia nieleczone rokują bardzo źle, ponieważ występuje wysokie ryzyko rozwoju wtórnych zaburzeń depresyjnych. Efektywność leczenia zależy od wielu czynników, m.in. czasu trwania i nasilenia objawów oraz indywidualnych zasobów, jakimi dysponuje chory. Objęcie pacjentów w remisji choroby różnymi działaniami związanymi z rehabilitacją psychiatryczną, daje szansę na pełen powrót do zdrowia.

### 1.3. Depresja a samobójstwa

Długoletnie doświadczenie kliniczne pozwala na krytyczne spojrzenie na wiele problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, w szczególności depresją i związanymi z nią samobójstwami, których liczba sięga kilku tysięcy rocznie. W Polsce o 40% zwiększyła się liczba prób samobójczych podejmowanych między 2013 a 2020 rokiem. W 2020 roku 12 013 osób podjęło próby samobójcze, podczas gdy w 2013 r. było to 8 575 osób<sup>18</sup>. W ostatnich latach obserwuje się rosnącą ich liczbę wśród młodzieży, choć ciągle najwyższy wskaźnik samobójstw jest wśród osób, które przekroczyły 45 rok życia. Z badań wynika, że większość osób z depresją, które próbowały popełnić lub popełniły samobójstwo, nie było leczonych farmakologicznie i nie korzystało z pomocy psychologicznej.

Trzeba podkreślić, że myśli samobójcze są objawem choroby, a nie świadomą decyzją. Osoba chora na depresję może mieć zmieniony osąd siebie i rzeczywistości i to depresyjny sposób myślenia popycha ją do popełnienia samobójstwa. Jeśli do myśli samobójczych dołączą się tendencje samobójcze, taką osobę należy niezwłocznie skierować do szpitala psychiatrycznego celem zapewnienia opieki i zintensyfikowania leczenia.

Myśli samobójcze w depresji świadczą o jej krańcowym nasileniu. Zazwyczaj poprzedzane są wystąpieniem myśli rezygnacyjnych. Dla człowieka chorego na depresję myśli samobójcze są często naturalną konsekwencją braku nadziei, niewiary w możliwość rozwiązania trudnych problemów, są podpowiedzią rozwiązania owych problemów – to forma uwolnienia się od niemożliwie, wydawałoby się, ciężkiego życia.

Trudno jest wyeliminować takie myśli. Nie da się przekonać chorego na depresję, chcącego popełnić samobójstwo, że nie warto, że życie jest piękne itp. Wynika to z bezkrytycyzmu chorego – chory jest zdolny oceniać siebie, swoją przyszłość tylko z pozycji depresji<sup>19</sup>.

Baca-Garcia i wsp. podają, że 20-50% chorych na depresję dokonuje prób samobójczych, co stanowi liczbę 20 razy większą niż wśród osób zdrowych. W swoich badaniach stwierdzili oni, że wśród chorych na depresję wystąpiły wydarzenia życiowe poprzedzające próbę samobójczą. Wobec dużego rozpowszechnienia objawów depresyjnych w chorobach psychicznych i ich ogromnego znaczenia klinicznego związanego z ryzykiem samobójczym, myślami rezygnacyjnymi, obniżeniem jakości życia, subiektywnym odczuwaniem cierpienia, czy też koniecznością podjęcia decyzji co do wyboru metod leczenia, problem ten wydał się na tyle

<sup>17</sup> Hendriks S.M., Spijker J., Licht C.M., Hardeveld F., de Graaf R., Batelaan N.M., Penninx B.W., Beekman A.T. Long-term disability in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*. 2016;16:248.

<sup>18</sup> Informacja publiczna – dane Policji

<sup>19</sup> Stukan J., Toksyczna psychologia i psychiatria. Depresja a samobójstwo, Prometeusz, Polska 2010, ISBN 978-83-915222-5-7.

ważki, by stanowić kanwę do rozważań i badań dotyczących występowania objawów depresyjnych. Odmianą urojeń depresyjnych są urojenia pokrzywdzenia i zubożenia, gdy takie treści obejmują grono najbliższych osób, o które chory troska się, że z jego powodu zostaną pozbawione środków do życia. Urojeniom depresyjnym, może częściej niż innym, towarzyszy czynnik dążenia do tendencji samobójczych, co wynika z treści depresyjnych i przedstawia swoistą logikę tych urojeń – jeżeli jestem niegodny, grzeszny, to karą powinna być śmierć. Te tendencje samobójcze często zostają zrealizowane, po starannym ich zaplanowaniu i przygotowaniu. Inny szczególnie, chorobowy rodzaj logiki występuje w myśleniu chorych popełniających tzw. samobójstwo rozszerzone, gdy chory pragnąc zaoszczędzić swoim najbliższemu ubóstwa czy kary za popełnione przez niego winy zabija je, po czym często zabija też siebie. Czynnikiem, które znacznie podnoszą ryzyko samobójcze są przetrwałe zaburzenia nastroju (trwające co najmniej dwa tygodnie), psychologiczne przeżywanie depresji, poczucie beznadziejności, bezwartościowości, myśli samobójcze, lepsze przystosowanie do życia przed wystąpieniem choroby, wyższe oczekiwania wobec własnych osiągnięć, wyższa świadomość swojej choroby. Szacuje się, że w związku z dużym ryzykiem przewidywana długość życia w tej subpopulacji jest krótsza o 10 lat. Urojenia, szczególnie depresyjne, są uważane za czynnik ryzyka pojawienia się tendencji samobójczych. Praca Grunebauma i wsp. wskazuje, że z 30 000 osób rocznie popełniających samobójstwo w Stanach Zjednoczonych, ponad 90% miało zaburzenia psychiczne w chwili śmierci, ale były to głównie zaburzenia depresyjne. Nie stwierdzono w tej pracy, żeby urojenia były istotnie częstsze u dokonujących prób samobójczych, wykazano raczej większe znaczenie przeżywania depresji, rozpacz, poczucia beznadziejności i niewydolności. Z badań innych autorów wynika, że najczęstszymi czynnikami prowadzącymi do prób samobójczych jest pojawienie się na początku choroby takich objawów, jak: obniżenie nastroju, poczucie winy oraz utrata zaufania do siebie i innych. Ciekawym wydaje się być spostrzeżenie, że samobójstwa wśród chorych z rozpoznaniem chorób afektywnych u ok. 90% prób samobójczych utrzymuje się na stałym poziomie przez cały czas trwania choroby. Schwartz i Smith na podstawie swoich badań wykazali, że największe ryzyko wiąże się z pojawieniem się wglądu w chorobę, długością trwania leczenia, ostatnimi przeżyciami traumatycznymi i rozpoznaniem depresji. Badania innych autorów potwierdzają wysoką korelację pomiędzy samobójstwami, a objawami depresji (utrata apetytu, zaburzenia snu, zmęczenie, obniżenie aktywności, utrata libido, nastrój depresyjny), a także wcześniejszymi próbami samobójczymi w wywiadzie. Depresja towarzyszy także często innym chorobom psychicznym i wówczas stanowi czynnik ryzyka. Spośród ludzi z rozpoznaną głęboką depresją około 15% umiera z powodu samobójstwa<sup>20</sup>. W wielu opracowaniach wyniki badań również wskazują, że do aktów samobójczych dochodzi podczas dużej depresji (MDE)<sup>21,22</sup>, ponadto potwierdzają, że połowa do dwóch trzecich wszystkich samobójstw dotyczy osób cierpiących na zaburzenia nastroju<sup>23</sup>. Jednak ryzyka nie powinno się też lekceważyć w przypadku ludzi z łagodniejszą formą depresji. Myśli samobójcze powinny być zawsze traktowane jako

<sup>20</sup> A. Grzywa, A. Kucmin, T. Kucmin Samobójstwa – epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I

<sup>21</sup> Suicidal Behaviour in Mood Disorders – WHO, When, and Why?.

<sup>22</sup> Esketamine Nasal Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients With Major Depressive Disorder Who Have Active Suicide Ideation With Intent: Results of a Phase 3, Double-Blind, Randomized Study (ASPIRE II)  
Dawn F. Ionescu, Dong-Jing Fu, Xin Qiu, Rosanne Lane, Pilar Lim, Siegfried Kasper, David Hough, Wayne C. Drevets, Husseini Manji, Carla M. Canuso

<sup>23</sup> Suicidal Behaviour in Mood Disorders – WHO, When, and Why?.

zagrożenie i zwykle wymagają albo leczenia szpitalnego albo bardzo dokładnego obserwowania i nadzoru<sup>24</sup>. Ważnym jest wprowadzenie strategii zapobiegania samobójstwom. W literaturze mówi się o dwóch podejściach, tj. strategii populacyjnej obejmującej ograniczenie dostępu do środków samobójstwa, szkolenie personelu podstawowej opieki zdrowotnej, wdrażanie interwencji kryzysowej oraz strategii odnoszącej się do grup wysokiego ryzyka poprzez zapewnienie pomocy i leczenia danej osoby z grupy ryzyka<sup>25</sup>.

## 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<sup>26</sup>. Prognozowana liczba mieszkańców wielkopolskiego w 2050 roku wynosi 3 287 926, z czego 1 676 672 to kobiety, a 1 611 254 mężczyźni<sup>27</sup>.

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. 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%<sup>28</sup>.

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 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)<sup>29</sup>.

<sup>24</sup> A. Grzywa, A. Kucmin, T. Kucmin Samobójstwa – epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I

<sup>25</sup> The Duration of the Suicidal Process: How Much Time Is Left for Intervention Between Consideration and accomplishment of a Suicide Attempt? Eberhard A. Deisenhammer, M.D.; Chy-Meng Ing, M.D.; Robert Strauss, M.D.; Georg Kemmler, Ph.D.; Hartmann Hinterhuber, M.D.; and Elisabeth M. Weiss, M.D., Ph.D.

<sup>26</sup> Bank danych lokalnych, GUS [bdl.stat.gov.pl;]

<sup>27</sup> Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. U. St. w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]

<sup>28</sup> Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl] r

<sup>29</sup> Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]

## 2.2. Globalny obraz problemu zaburzeń psychicznych

Globalnie zachodzące przemiany społeczne, ekonomiczne i środowiskowe wpływają na zwiększenie uwagi związanej z problematyką zdrowia psychicznego. Zachowanie zdrowia psychicznego jest obecnie traktowane jako jedno z podstaw dobrostanu człowieka. U społeczeństwa rośnie świadomość znaczenia zdrowia psychicznego dla ogólnego dobrostanu człowieka, jak i narastająca skala występowania podobnego rodzaju problemów zdrowotnych – samoistnie oraz w powiązaniu z innymi chorobami, takimi jak nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzyca, czy inne choroby przewlekłe. Już w roku 2004 WHO wskazywało na fakt, że zaburzenia psychiczne łącznie z uzależnieniami oraz chorobami neurologicznymi odpowiadały za 13% globalnego obciążenia chorobami w świecie. Zaburzenia psychiczne w tej grupie są czynnikiem dominującym – odpowiadają za blisko 57% utraconych lat życia w zdrowiu (zgodnie z szacunkami wg wskaźnika DALY – *Disability Adjusted Life Years*). Należy podkreślić, że sama tylko depresja odpowiada za 4,3% globalnego obciążenia chorobami. Ponadto depresja jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka niepełnosprawności, odpowiadając globalnie za 11% ogółu lat przeżytych z niepełnosprawnością. Szacuje się, że do roku 2030 może to być już najważniejszą przyczyną<sup>30</sup>.

Na uwagę zasługuje fakt, że pomimo narastającego wpływu zaburzeń psychicznych na globalny obraz zdrowia populacji, nie znajdują one odpowiedniej odpowiedzi w aktywności systemów zdrowotnych państw świata. Z danych wynika, że pomiędzy 76%, a 85% osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych w krajach rozwijających się nie ma dostępu do odpowiedniego systemu leczenia. Nieco lepiej to wygląda w krajach rozwiniętych, w których poziom niewłaściwego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w tym względzie pozostaje na poziomie pomiędzy 35% a 50%. Niekorzystne dane odnoszą się również do niedostatecznej liczby wykwalifikowanej kadry: należy podkreślić, że około połowa populacji świata zamieszkuje obszary, w których jeden lekarz psychiatra przypada na nie mniej, niż 200 tys. osób. Występują również deficyty ze strony publicznych systemów zabezpieczenia społecznego, niewydolnie działają również organizacje społeczne: w około 50 % krajów rozwijających się i około 20% krajów rozwiniętych nie istnieją żadne organizacje adresujące swoją aktywność do osób chorych psychicznie. Także nie wszyscy mają równy dostęp do odpowiedniej farmakoterapii<sup>31</sup>. Zaburzenia psychiczne, wyróżniają się względnie równomiernym rozpowszechnieniem w różnych grupach wiekowych. Największe nasilenie zapadalności jest jednak charakterystyczne przede wszystkim dla grupy osób w wieku produkcyjnym, co w połączeniu z rosnącym znaczeniem zaburzeń psychicznych w grupie przyczyn niepełnosprawności, w istotny sposób przekłada się na niekorzystny efekt ekonomiczny powodując zwiększone obciążenia z tytułu realizowanych świadczeń zdrowotnych i z zakresu zabezpieczenia społecznego. Dane wyraźnie wskazują, że obciążenie liczone liczbą utraconych lat życia w zdrowiu pomiędzy rokiem 1990 a 2010 zwiększyło się na całym świecie o 41%<sup>32</sup>.

<sup>30</sup> WHO Mental Health Action Plan [who.int;]

<sup>31</sup> WHO Mental Health Action Plan [who.int; dostęp:]

<sup>32</sup> Whiteford H.A., Ferrari A.J., Degenhardt L., Feigin V., Vos T. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. In: Forloni G, ed. PLoS ONE. 2015;10(2):e0116820.



### 2.3. Zdrowie psychiczne w Polsce

Przytaczając dane GUS z 2014 roku w grupie wiekowej 15-49 lat, częstotliwość występowania poważnych objawów depresji dotyczy w Polsce 2-5% osób. Zauważyć tutaj należy, że odsetek osób z chorujących na depresję zwiększa się wraz z wiekiem, w szczególności rosnąc wśród osób powyżej 50 roku życia. Szczególne nasilenie tej choroby występuje u kobiet w grupie wiekowej powyżej 80-go roku życia i wynosi blisko 22%. Podwyższeniu ulega również odsetek osób chorych wśród dorosłych osób niepełnosprawnych, gdzie występowanie zaburzeń psychicznych zanotowano u 10% mężczyzn i 12% kobiet. Dane te z kolei potwierdzają tendencję do współwystępowania tego problemu zdrowotnego wraz z innymi chorobami<sup>33</sup>.

Dane GUS publikowane w Rocznikach Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzają zwiększające się obciążenie populacji i systemu zdrowotnego problemami zdrowotnymi z zakresu zaburzeń psychicznych. Według tych danych w latach 1990 a 2015 liczba pacjentów leczonych w psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) zwiększyła się prawie 2,5-krotnie, osiągając wartość zgodnie z danymi GUS z 2015 r. 1 593 125 osób uwzględniając uzależnienia.. Analizując dalej ten okres od 2010 do 2015 wzrost ten wyniósł 14,5%. Przy czym w roku 2010 z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) leczono 3085 osób na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy w roku 2015 wartość omawianego współczynnika wynosiła już 3533/100tys. mieszkańców. Zaburzenia afektywne są drugie co do najczęściej leczonych jednostek chorobowych (23,7% w roku 2015)<sup>34</sup>. Natomiast dane wynikające z Map Potrzeb Zdrowotnych pokazują, że liczba leczonych na zaburzenia psychiczne w roku 2019 bez uzależnień wyniosła 1 299.89 pacjentów z czego 305.8 tys. leczonych było z powodu zaburzeń nastroju<sup>35</sup>.

### 2.4. Problemy zdrowia psychicznego w perspektywie województwa wielkopolskiego

Analizując dane dla województwa wielkopolskiego możemy prześledzić skalę występowania problemów zdrowia psychicznego na przestrzeni lat 2013 – 2015. Zgodnie z dostępnymi danymi liczba osób leczonych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej oscyluje w okolicach 104 967 osób w 2013 r. do 105 145 w 2015 r. Wskazany wyżej czasokres jest zbyt krótki, aby możliwe było wyciąganie jednoznacznych wniosków w odniesieniu do trendu w obrębie analizowanego zjawiska, możemy jednak stwierdzić, iż na przestrzeni tych kilku lat ogólna liczba leczonych ulegała nieznacznym wahaniom, jednak z niewielką tendencją wzrostową<sup>36</sup>.

Wśród ogółu pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nastroju dominują chorzy dotknięci problemem zaburzeń depresyjnych nawracających (łącznie 41,73% wszystkich zaburzeń nastroju). W przypadku zaburzeń afektywnych liczba leczonych dotyczy odpowiednio ok. 70 % kobiet oraz ok. 30 % mężczyzn. Szczegóły przedstawiono w tabeli 2<sup>37</sup>.

<sup>33</sup> Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016. Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.

<sup>34</sup> Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej 2001-2017, GUS [stat.gov.pl;]

<sup>35</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451>

<sup>36</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego [mpz.mz.gov.pl;].

<sup>37</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego [mpz.mz.gov.pl;].

Dane epidemiologiczne dla województwa wielkopolskiego w zakresie zaburzeń psychicznych prezentują się następująco. Umieralność w województwie z tej przyczyny jest o ok. 19,6% niższa, niż w przypadku średniej dla całego kraju, osiągając tym samym 8 miejsce wśród wszystkich regionów Polski. Niezależnie zapadalność rejestrowana dotycząca zaburzeń nastroju, pozostaje w województwie wyższa od średniej dla całej Polski, która wynosi 233,1, natomiast dla Wielkopolski 246,8. Problem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania znajduje swoje odzwierciedlenie także na rynku pracy. Grupa tych jednostek chorobowych stanowi ok. 8% ogółu przyczyn łącznej liczby dni absencji chorobowej rocznie, w tym zaburzenia depresyjne nawracające (F33) – 0,8%. Obserwowana sytuacja wiąże się z ponoszeniem znacznych nakładów finansowych na świadczenia z ubezpieczenia społecznego związane z niezdolnością do pracy. Zaburzenia depresyjne nawracające (F33) oraz epizody depresyjne (F32) znajdują się wśród 20 jednostek chorobowych generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy – 2,5 % ogółu wydatków.

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

**Tab. Nr 2. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (bez uzależnień) w województwie wielkopolskim w roku 2015 w podziale na płeć (liczby bezwzględne).** Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu [Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, bez uzależnień – ambulatoryjna opieka zdrowotna, Informator Liczbowy;]

Jednostka chorobowa	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	osoba	%	osoba	%	osoba	%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień)	105 145	100,0	38 618	36,73	66 527	63,27
Zaburzenia nastroju (afektywne) F30-F39, w tym:	21 032	100,0	6270	29,81	14 762	70,19
- epizody afektywne (F30 i F32)	8 633	100,0	2 795	32,38	5 838	67,62
- depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (F31 i F33)	8 777	100,0	2 561	29,18	6 216	70,82
- inne zaburzenia nastroju (afektywne) (F34-F39)	3 622	100,0	914	25,23	2 708	74,77

Powyższe dane odnoszą się do liczby leczonych pacjentów. Aby uzyskać pełniejszy obraz skali obciążenia populacji województwa wielkopolskiego problemami zdrowotnymi z zakresu zaburzeń psychicznych, należy również przeanalizować dane dotyczące zapadalności, chorobowości oraz umieralności z ww. przyczyn. Dane dotyczące umieralności, zestawione z chorobowością oraz liczbą leczonych pacjentów, ukazują nieco odmienny obraz rzeczywistości. Zauważyć należy, iż umieralność w województwie wielkopolskim w latach 2013-2015 jest o ok. 15 % wyższa, niż w przypadku średniej dla całego kraju, osiągając 8 miejsce wśród wszystkich województw Polski<sup>38</sup>.

Przytoczone dane stanowią jednoznaczny dowód na szczególną zasadność działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych, odnoszących się do tej kategorii problemów zdrowotnych w województwie wielkopolskim. Ponadto należy przypomnieć, iż zaburzenia depresyjne jak

<sup>38</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego na 2018r.[mpz.mz.gov.pl].

wcześniej zaznaczano przyczyniają się dodatkowo do zwiększenia umieralności w grupie pacjentów z chorobami układu krążenia, dlatego też wpływ zaburzeń psychicznych na umieralność może być wyższy, w stosunku do danych rejestrowanych w statystyce publicznej. Mapa potrzeb zdrowotnych dla województwa wielkopolskiego dostarcza danych dotyczących zapadalności oraz chorobowości na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Zgodnie z tymi danymi, zapadalność rejestrowana dotycząca zaburzeń nastroju w roku 2016 wyniosła 246,8 przypadków na 100 tys. ludności. Przy czym zarejestrowano 89,6 tys. przypadków w Polsce, a 8,6 tys. w województwie, dało to piąty najwyższy wynik wśród województw, przekraczający średnią dla całej Polski, która wyniosła 233,1 przypadków na 100 tys. ludności, ale jednocześnie wyraźnie niższy od osiągających najwyższy poziom współczynnika zapadalności, województw pomorskiego oraz kujawsko-pomorskiego. Z grupy osób dotkniętych zaburzeniami nastroju w roku 2016 niespełna 42% to osoby pomiędzy 18-44 rokiem życia, w około 70% przypadków – kobiety. Natomiast chorobowość rejestrowana dla roku 2016 wynosiła 2333,40 osób na 100 tys. mieszkańców, co było szóstym najwyższym wynikiem wśród wszystkich województw, również nieco powyżej średniej dla całej Polski, która wynosiła 2200 osób na 100 tys. mieszkańców<sup>39</sup>.

Analizując dalsze informacje nt. zaburzeń psychicznych w województwie wielkopolskim należy zaznaczyć, że zdecydowana większość pacjentów korzysta z placówek leczenia ambulatoryjnego, epizody depresyjne oraz zaburzenia depresyjne nawracające są w grupie najpowszechniej rozpoznawanych zaburzeń w województwie obok zaburzeń nerwicowych. Inaczej prezentują się dane dla leczenia szpitalnego. Zdecydowanie epizody depresyjne znajdują się w trzeciej grupie pacjentów leczonych w tym trybie. Tego rodzaju charakterystyka procesu diagnozowania choroby najprawdopodobniej związana jest z faktem większego ryzyka bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta cierpiącego na te typy zaburzeń.

Za zasadnością realizacji przedstawionego Programu przemawia ograniczona liczba świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Dane statystyczne wskazują, że najczęściej, ale wciąż w nieznacznym stopniu tj. w nieprzekraczającym 0,5% ogółu chorych, korzystają z niej osoby leczone na zaburzenia afektywne w tym zaburzenia depresyjne. Publiczny system zabezpieczenia społecznego wskazuje na wysokie obciążenie z tytułu świadczeń realizowanych na rzecz osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Zaburzenia psychiczne pozostają jedną z najczęstszych przyczyn wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, odpowiadając za 15,9% kosztów ponoszonych z tego tytułu w 2017 r. Należy podkreślić, że kwoty wypłat na rzecz kobiet i mężczyzn pozostają zbliżone (nieznacznie wyższe dla kobiet). W przypadku województwa wielkopolskiego przeciętna kwota wypłat w przeliczeniu na jedną osobę objętą ubezpieczeniem jest stosunkowo wysoka i przekracza 270 zł. Jest ona porównywalna dla województw kujawsko-pomorskiego, łódzkiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego i zachodniopomorskiego. Natomiast wyraźnie wyższa jest od województw dolnośląskiego, lubuskiego, małopolskiego, opolskiego i podlaskiego. W przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy, zaburzenia psychiczne są drugą najważniejszą przyczyną ponoszonych wydatków, odpowiadając za 16,5% kosztów. Natomiast odsetek rent z tytułu całkowitej niezdolności do pracy był już wyraźnie wyższy i wyniósł 24,4%

<sup>39</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego na 2018r.[mpz.mz.gov.pl;].

tym samym stanowił najważniejszą przyczynę ponoszonych wydatków. Należy tutaj nadmienić, iż spośród wszystkich osób, którym przyznano prawo do renty z omawianych przyczyn, całkowitą niezdolność do pracy połączoną z niezdolnością do samodzielnej egzystencji orzeczono w stosunku do 16,1% osób. Znaczenie zaburzeń psychicznych zmniejsza się nieco w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych z ubezpieczenia chorobowego, będąc w tym przypadku trzecią z kolei przyczyną wydatków, odpowiedzialną za 15,4% kosztów. Ponadto należy przypomnieć, iż zaburzenia psychiczne dodatkowo zwiększają ryzyko niepełnosprawności w chorobach somatycznych, więc ich rzeczywisty wpływ na wysokość świadczeń wypłacanych w ramach ubezpieczenia społecznego jest wyższy.

W tym miejscu należy przedstawić jeszcze jeden fakt, iż w analizowanej w ramach niniejszego opracowania grupie zaburzeń psychicznych, wyróżniają się aż 2 jednostki chorobowe z analizowanej grupy znajdujące się wśród 20 generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (43,6% wydatków) – epizody depresyjne (F32; 1,3% wydatków) oraz zaburzenia depresyjne nawracające (F33; 1,2% wydatków). Łącznie zaburzenia te generują ok. 2,5 % ogółu wydatków ponoszonych przez ZUS w związku z niezdolnością do pracy<sup>40</sup>. Ponadto wskazane wyżej rozpoznania F 32 i F33 mają zbliżoną wartość do przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (3% ogółu wydatków), czy też zaburzeń korzeni rdzeniowych i splotów<sup>41</sup>.

## 2.5. Dostępność zasobów ochrony zdrowia w opiece psychiatrycznej

W województwie wielkopolskim, zgodnie z danymi z rejestru prowadzonego przez Wielkopolską Izbę Lekarską wynika, że w placówkach ochrony zdrowia zarejestrowanych jest 10 676 lekarzy, w tym czynnych zawodowo jest 10 676; lekarzy według specjalizacji w zakresie psychiatrii jest 338, psychiatrii dzieci i młodzieży 38 oraz w psychiatrii dzieci tylko 4 osoby<sup>42</sup>. Natomiast z informacji uzyskanych z rejestru prowadzonego przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych: w Poznaniu, Kaliszu, Koninie, Lesznie i Pile wynika, że liczba zarejestrowanych pielęgniarek wynosi: 23 396 osób, w tym 258 pielęgniarek posiada tytuł specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, a 187 pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Należy nadmienić, że liczba pielęgniarek zarejestrowanych w OIPiP nie jest tożsama z liczbą osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych gdyż nie wszystkie osoby podejmują pracę po zarejestrowaniu się i otrzymaniu Prawa Wykonywania Zawodu<sup>43</sup>.

Ponadto w podmiotach leczniczych w województwie pracowało 1 322 fizjoterapeutów. Wśród pracowników medycznych znajdowało się również 1 408 psychologów oraz 233 terapeutów zajęciowych<sup>44</sup>.

Dostępność do świadczeń opieki psychiatrycznej w województwie wielkopolskim jest niezadawalająca, o czym świadczą dane dotyczące liczby podmiotów leczniczych posiadających

<sup>40</sup> Absencja chorobowa w 2016 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, Warszawa 2017.

<sup>41</sup> Absencja chorobowa w 2016 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, Warszawa 2017.

<sup>42</sup> Rejestr Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

<sup>43</sup> Rejestr prowadzony przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych: w Poznaniu, Kaliszu, Koninie, Lesznie i Pile

<sup>44</sup> Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu – Informator liczbowy

umowy z NFZ na realizację omawianego rodzaju świadczeń, a także dostępne dane o czasie oczekiwania na te usługi. Porównując dane za okres 2017 – 2019 wyraźnie można stwierdzić, że liczba podmiotów realizujących świadczenia w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zmniejszyła się ze 147/2017 na 133/2019<sup>45</sup>.

Zgodnie z dostępnymi danymi, mediana czasu oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego w województwie wielkopolskim w roku 2014 wynosiła 98 dni. W przypadku poradni leczenia nerwic było to 133 dni, natomiast poradni psychologicznej – 181 dni<sup>46</sup>. Biorąc pod uwagę fakt zmniejszonej liczby świadczeniodawców posiadających obecnie umowę z NFZ na realizację ww. świadczeń w stosunku do roku 2014<sup>47</sup>, czas oczekiwania na wizytę z wysokim prawdopodobieństwem nie uległ skróceniu. Z danych NFZ za I kwartał 2020 r. wynika, że 16 841 osób oczekiwało na świadczenie z czego 1632 pacjentów oczekiwało na poradę do 2 m-cy, natomiast 282 pacjentów do 3 m-cy, a 221 do 6 m-cy, 14 pacjentów oczekiwało do 12 m-cy. W związku z wystąpieniem zakażenia wirusem COVID-19 już w II kwartale 2020 r. liczba pacjentów oczekujących na świadczenie zwiększyła się do 20 347 z tego 2199 osób oczekiwało na poradę do 2 m-cy, 1694 do 3 m-cy, 991 do 6 m-cy, 18 do 12 cy. Podsumowując liczba oczekujących w ciągu kwartału zwiększyła się 21 %, największy wzrost oczekujących nastąpił w grupie do 3 i 6 m-cy tj. 6 krotnie większa liczba do 3 – m-cy oczekiwania i ok. 4,5 krotnie do 6 – miesięcy.

### 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 afektywnymi 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<sup>48</sup>.

Świadczenia gwarantowane w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku 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

<sup>45</sup> Dane Narodowego Funduszu Zdrowia - Sprawozdanie z działalności NFZ za 2019 r.

<sup>46</sup> Dane Narodowego Funduszu Zdrowia -Sprawozdanie z działalności NFZ

<sup>47</sup> Dane NFZ - Sprawozdanie z działalności NFZ

<sup>48</sup> 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].

świadczeń realizowanych w warunkach dziennych pacjent ma dostęp również do świadczeń terapeutycznych, niezbędnych badań diagnostycznych, programów terapeutycznych, leków oraz żywienia. 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<sup>49</sup>.

**Tab. Nr 3. Szczegółowy zakres świadczeń przysługujących pacjentom z omawianą grupą zaburzeń.**

Zakres świadczenia	Opis	Rozpoznanie (F30-F39)
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
Leczenie nerwic	Porady lub sesje psychoterapii, w tym: - porada lekarska diagnostyczna, terapeutyczna, kontrolna - porada psychologiczna - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja wsparcia psychospołecznego	nie
Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	Porady lub sesje psychoterapii, w tym: - porada psychologiczna - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja wsparcia psychospołecznego	nie
Świadczenia psychologiczne	Porady lub sesje psychoterapii, w tym: - porada psychologiczna diagnostyczna - porada psychologiczna - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja wsparcia psychospołecznego	nie
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	tak

<sup>49</sup>.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].

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wizyta, porada domowa lub środowiskowa</li> <li>- wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową,</li> <li>- sesja wsparcia psychospołecznego</li> </ul>	
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 dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych	Diagnostyka i leczenie osób z zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami osobowości i zachowania dorosłych.	nie
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 dla osób z zaburzeniami psychicznymi udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania	Profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne w celu poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych	tak
Świadczenia psychiatryczne dla przewlekłe chorych	Leczenie chorych na przewlekłe lub odporne 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– lecnicze 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 zaburzeń nerwicowych	Diagnostyka i leczenie osób z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i zachowania	nie
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 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].

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)<sup>50</sup>.

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<sup>51</sup> 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. Na podkreślenie zasługuje również fakt, że przeciwdziałanie negatywnym skutkom zaburzeń psychicznych zostało uznane za jeden z priorytetów polityki zdrowotnej państwa, określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r w sprawie priorytetów

<sup>50</sup> 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].

<sup>51</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego



zdrowotnych<sup>52</sup>, gdzie wskazano na konieczność zapobiegania, leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych (§1 pkt 3).

#### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu**

Konsekwencją zaburzeń psychicznych jest obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Działania, które zaproponowano w Programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności oraz wykluczeniu mieszkańców województwa wielkopolskiego dotkniętych problemem ww. grupy chorób. Podjęcie tych działań uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi oraz finansowymi w zakresie wydatków ponoszonych przez ZUS z tytułu świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Przywrócenie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności psychofizycznej oraz czynnego uczestnictwa w życiu społecznym pacjentom z problemem zaburzeń depresyjnych możliwe jest dzięki podejmowaniu kompleksowych działań rehabilitacyjnych. Istotną przeszkodę w osiągnięciu pełnych rezultatów rehabilitacji medycznej stanowi bardzo niski odsetek pacjentów z rozpoznaniem chorób depresyjnych, 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%<sup>53</sup>. 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 wdrożenie „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi” w odpowiedzi na niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz obserwowaną sytuację zdrowotną<sup>54</sup>.

#### **4.1 Komplementarność Programu z działaniami podejmowanymi na poziomie województwa wielkopolskiego.**

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<sup>55</sup> – 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.

<sup>52</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

<sup>53</sup> Dane NFZ

<sup>54</sup> Absencja chorobowa w 2016 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, Warszawa 2017

<sup>55</sup> Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim – Wielkopolski Urząd Wojewódzki

- 2) Strategią Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku<sup>56</sup> – 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<sup>57</sup> - 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**

Ograniczenie liczby prób samobójczych do 10 % wśród osób uczestniczących w Programie w okresie jego trwania i do 3 m-cy od zakończenia udziału w Programie.

### **2. Cele szczegółowe**

- 1) Wzrost u co najmniej 75% liczby osób uczestniczących w Programie, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych, maksymalnej możliwej sprawności psychicznej i społecznej.
- 2) Zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 90% uczestników Programu, poprzez prowadzone działania edukacyjne.
- 3) Wzrost wiedzy i kompetencji z zakresu nowoczesnych metod rehabilitacji zaburzeń depresyjnych u co najmniej 90% przedstawicieli personelu medycznego, uczestniczących w szkoleniach realizowanych w Programie.

Wartości celów, głównego i szczegółowych, biorąc pod uwagę ich relatywną trudność do osiągnięcia, wynikającą ze specyfiki choroby i deficytów przez nią wywoływanych oszacowano na podstawie skuteczności interwencji zdrowotnych jako czynnika zapobiegającego samobójstwom u osób chorujących na depresję.

---

<sup>56</sup> Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku

<sup>57</sup> Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030

### 3. Mierniki efektywności realizacji Programu

**Tab. Nr 4. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

Miernik efektywności	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Liczba prób samobójczych	Max. 10%	Liczba potwierdzonych prób samobójczych
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach szkoleń dla kadry medycznej	co najmniej 90% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po szkoleniu w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed szkoleniem
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie	co najmniej 90% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po prelekcji w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed prelekcją
Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 75% uczestników	Wyniki w zakresie funkcjonowania psychologicznego na podstawie pozwalającego na ocenę tego testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) – do wyboru przez realizatora. (różnica pomiędzy wartością deklarowaną przez pacjenta na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)
Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 75% uczestników	Wyniki w zakresie niezależności na podstawie pozwalającego na ocenę tego testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) – do wyboru przez realizatora. (różnica pomiędzy wartością deklarowaną przez pacjenta na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)

### **III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach Programu**

#### **1. Populacja docelowa**

Do Programu włączone zostaną osoby dorosłe w wieku od 18 do 65 roku życia dotknięte problemem zaburzeń nastroju, w tym pacjenci z rozpoznaniem: epizod depresyjny (F32) i depresja nawracająca (F33), aktualnie nie korzystający z podobnych świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi Programu obejmie on łącznie 1600 osób. Dokonując doboru populacji docelowej wzięto pod uwagę fakt, iż wymienione wyżej zaburzenia psychiczne ze względu na swoją specyfikę mogą wpływać negatywnie na aktywność społeczną oraz występowanie samobójstw. Nie można tutaj pominąć ryzyka nawrotowości objawów choroby w przypadku depresji nawracającej. Zaburzenia te również charakteryzują się przewlekłością, a leczenie ograniczone do podstawowego może okazać się niewystarczające do pełnego powrotu do zdrowia i efektywnego funkcjonowania psychospołecznego. Dlatego właśnie te jednostki chorobowe włączono do Programu gdyż rehabilitacja psychiatryczna jest dla wymienionej grupy pacjentów szansą na zidentyfikowanie i wzmocnienie ich wewnętrznych zasobów oraz skompensowanie deficytów powstałych w ostrej fazie choroby, którą przeżyli. W celu uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej założono, że Programem objęci zostaną pacjenci z rozpoznaniem depresja nawracająca (F 33) w wywiadzie nie korzystający w ciągu 5 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON, oraz pacjenci z podejrzeniem epizodu depresyjnego (F 32) długo oczekujący na świadczenie medyczne (co najmniej 2 m-ce) w związku z wydłużającą się kolejką oczekiwania na świadczenie.

Program skierowany jest do osób z ww. grupy docelowej, które zgłoszą chęć uczestnictwa w Programie, realizowany przez Realizatorów wyłonionych w ramach konkursu ogłoszonego przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego. Podstawowym założeniem Programu jest równy dostęp mieszkańców województwa wielkopolskiego zarówno do udziału w Programie, jak również do wiedzy z zakresu profilaktyki zdrowotnej. W celu zagwarantowania tego niezbędne jest prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnych w równym zakresie na terytorium całego województwa. W tym celu niezbędne jest wykorzystanie mediów tradycyjnych oraz elektronicznych.

## **2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie oraz kryteria wyłączenia z Programu**

### **2.1. Interwencje rozwijające umiejętności zawodowe kadry medycznej (etap I)**

#### **2.1.1. Kryteria włączenia:**

- osoba posiadająca kwalifikacje do wykonywania zawodu: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, lekarz rezydent odbywający specjalizację w ww. dziedzinie, specjalista w zakresie psychologii klinicznej, psychoterapeuta; psycholog w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, psycholog, terapeuta środowiskowy, pielęgniarka;
- wykonywanie aktualnie pracy zawodowej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin;
- zatrudnienie na terenie województwa wielkopolskiego.

#### **2.1.2. Kryteria wyłączenia: Brak**

### **2.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)**

#### **2.2.1. Kryteria włączenia:**

- wiek uczestnika: 18 r. do 65 r. życia;
- miejsce zamieszkania: zamieszkiwanie na terenie województwa wielkopolskiego;
- rozpoznanie w wywiadzie: zaburzeń nastroju w tym epizod depresji (F 32) oraz depresja nawracająca (F33);
- pacjenci w wywiadzie nie korzystający w ciągu 5 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON, oraz pacjenci z podejrzeniem epizodu depresyjnego (F 32) długo oczekujący (co najmniej 2 miesiące) na świadczenie medyczne w związku z wydłużającą się kolejką oczekiwania na świadczenie;
- zgoda pacjenta do wzięcia udziału w Programie, w tym zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

#### **2.2.2. Kryteria wyłączenia:**

- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym, np. ciężka depresja, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe;
- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON z powodu depresji nawracającej w okresie 5 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu (ma to na celu wyeliminowania podwójnego finansowania świadczeń u danego uczestnika programu na podstawie oświadczenia pacjenta).

## **2.3. Sposób informowania o Programie**

### **2.3.1. Interwencje rozwijające umiejętności zawodowe kadry medycznej (etap I)**

Kampania informacyjna skierowana do podmiotów działalności leczniczej (w tym szczególnie poradni podstawowej opieki zdrowotnej, poradni zdrowia psychicznego, szpitali psychiatrycznych, oddziałów psychiatrycznych), a także lekarskiego samorządu zawodowego (Wielkopolska Izba Lekarska) oraz oddziałów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów. Wśród sposobów rozpowszechnienia informacji o szkoleniach dla kadry medycznej zaleca się wykorzystanie m.in. drogi pocztowej, mailowej oraz telefonicznej, natomiast ostatecznie zależne one będą od wyboru narzędzi przez Realizatora w złożonym projekcie.

### **2.3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)**

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Realizatorów w ramach współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w opiece psychiatrycznej (głównie poradnie zdrowia psychicznego, gabinety lekarzy psychiatrów, oddziały/ośrodki dzienne psychiatryczne), innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Ponadto informacje o Programie dostępne będą w siedzibie Wykonawców, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne będą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Ostateczny wybór konkretnych sposobów rozpowszechnienia informacji o Programie i dystrybucji ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez Realizatora w złożonej na konkurs ofercie.

## **3. Planowane interwencje**

W Programie zaplanowano przeprowadzenie interwencji rozwijających umiejętności zawodowe przedstawicieli kadry medycznej oraz kompleksową rehabilitację uczestników Programu.

### **3.1. Szkolenia dla personelu medycznego (etap I)**

Szkolenia mające na celu podnoszenie kompetencji personelu medycznego z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji zaburzeń depresyjnych obejmą swym zasięgiem 250 uczestników tj. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistów w dziedzinie psychiatrii, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinie, psychologów oraz terapeutów środowiskowych, pielęgniarek.

Szkolenia realizowane będą w trybie jednodniowym, obejmując łącznie co najmniej 10 godzin edukacyjnych (45-minutowych) w grupach max. 25-osobowych. Realizator zapewni, że szkolenia prowadzone będą przez lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii lub psychologów z kwalifikacjami w zakresie psychoterapii oraz specjalistów psychologii klinicznej, doświadczonych w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem zaburzeń psychicznych

afektywnych z co najmniej 5 letnim doświadczeniem. Treści przekazywane w ramach szkoleń dotyczyły będą m.in.:

- kompleksowości postępowania w rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi, nowoczesnych metod psychoterapii stosowanych w usprawnianiu funkcji poznawczych, rehabilitacji psychiatrycznej z udziałem nowoczesnych technologii, efektywnego łączenia farmakoterapii z metodami nefarmakologicznymi, najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki.

Dla przeprowadzonej oceny efektywności szkoleń Realizator opracuje zestaw pytań weryfikujących wiedzę uczestników przed i po szkoleniu oraz przeprowadzi anonimową ankietę ewaluacyjną dot. organizacji szkolenia i przekazywanych treści, stanowiącą załącznik nr 1.

Ankiety zostaną podsumowane poprzez wprowadzenie do arkusza programu Excel ich wyników i przekazane Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej. Ocenie podlegać będzie wśród uczestników jakość przeprowadzonych działań. Uczestnicy otrzymają również certyfikaty potwierdzające odbycie szkolenia.

### **3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu**

Zakłada się, że kompleksowa rehabilitacja w ramach Programu obejmie 1550 pacjentów borykających się z problemem zaburzeń depresyjnych. W ramach omawianej interwencji założono dla każdego uczestnika następujący harmonogram.

1) Uczestnictwo pacjenta w Programie rozpocznie się od pierwszej konsultacji psychiatrycznej realizowanej przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, która obejmie:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe,
- przeanalizowanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania: epizod depresyjny [wg. ICD-10: (F32)], zaburzenie depresyjne nawracające, [wg. ICD-10: (F33)],
- analizę dokumentacji medycznej potwierdzającej zakończenie leczenia właściwego ww. zaburzenia, lub dotychczasowego leczenia,
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie (m.in. ciężka depresja, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe),
- uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń i zgody na udział w programie,
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjaliście w dziedzinie psychiatrii i/lub psychoterapeucie, z którego świadczeń korzysta pacjent,
- ewentualne zalecenie konsultacji specjalistycznej wraz ze wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie.

Przewiduje się zwiększenie o 10 % liczby osób, u których zostanie wykonane badanie kwalifikujące do Programu w relacji do liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej, co pozwoli na poprawę dostępności do interwencji oraz objęcie działaniami zaplanowanej liczby pacjentów. Formularz kwalifikujący do udziału w Programie przygotowany przez lekarza specjalistę psychiatrę wraz z załącznikami stanowi załącznik nr 2 do Programu.

2) Następnie przeprowadzona zostanie pierwsza konsultacja psychologiczna realizowana przez psychologa, obejmująca:

- wywiad psychologiczny (uwzględniający aktywność społeczną i zawodową pacjenta),
- zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta,
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie,
- dokonanie oceny funkcjonowania na podstawie testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), wybranego przez realizatora, wraz z odnotowaniem wyników,
- ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych,
- zaplanowanie indywidualnego harmonogramu konsultacji specjalistycznych.

W tym przypadku należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonane badanie kwalifikujące do Programu, może być również zwiększona o 10%, w stosunku do liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów. Formularz kwalifikacyjny przygotowany przez psychologa stanowi załącznik nr 3 do Programu.

W Programie celowo zastosowano dwukrotną weryfikację braku przeciwwskazań do udziału w nim, zgodnie z założeniem, iż lekarz psychiatra kwalifikuje pacjenta pod kątem zdrowia psychicznego (wyklucza ewentualne zaburzenia lub choroby psychiczne, które mogłyby stanowić przeszkodę do wzięcia udziału w Programie), natomiast psycholog pod kątem sprawności psychologicznej (poznawczej, emocjonalnej, społecznej), niezbędnej do udziału w Programie. W związku z powyższym obie kwalifikacje można uznać za komplementarne, zapewniające całościowe spojrzenie na funkcjonowanie psychologiczne kandydata do udziału w Programie.

3) Indywidualne sesje terapeutyczne realizowane przez psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty:

- Zaplanowano 4 sesje indywidualne, trwające min. 45min. Tematyka sesji uwzględniać będzie potrzeby konkretnego pacjenta. Podczas sesji wykorzystane będą terapie stosujące metody oparte na dowodach naukowych, zależne od indywidualnych potrzeb pacjenta oraz nurtu psychologicznego, w którym pracuje dany terapeuta lub ośrodek (w Programie rekomenduje się podejście poznawczo-behawioralne, gdyż właśnie to podejście posiada najwięcej udokumentowanych dowodów skuteczności klinicznej).



- 4) Indywidualne konsultacje specjalistyczne obejmujące:
  - 3 konsultacje realizowane przez psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty z zastosowaniem metod psychoterapeutycznych (w tym przypadku rekomenduje się również podejście poznawczo-behawioralne, jako posiadające najwięcej udokumentowanych dowodów skuteczności klinicznej).
- 5) Trening redukcji stresu oparty na metodach uznanych naukowo, realizowany przez psychologa lub psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty obejmujący:
  - 3 spotkania grupowe dla pacjentów, trwających min. 1,5h, w grupach max. 12 osobowych. Spotkania mają na celu zwiększenie kompetencji uczestników w zakresie umiejętności relaksacji psychofizycznej.
- 6) Warsztaty terapeutyczne do wyboru:
  - warsztat psychodramy realizowany przez psychologa posiadającego kwalifikacje w zakresie psychodramy, w formie 1 spotkania trwającego min. 3 godziny edukacyjne (135min), w grupie max. 12 osobowej; warsztat ma na celu przepracowywanie uczuć oraz doświadczeń pacjentów poprzez wykorzystanie elementów dramy i teatru,
  - warsztat radzenia sobie z emocjami realizowany przez psychologa lub psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, w formie 1 spotkania trwającego min. 3 godziny edukacyjne (135min.), w grupie max. 12 osobowej; warsztat ma na celu przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy na temat wpływu emocji na funkcjonowanie poznawcze, relacje społeczne i samopoczucie fizyczne oraz praktycznej umiejętności zarządzania własnymi emocjami.
- 7) Warsztat asertywności realizowany przez psychologa lub psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty: w formie 1 spotkania trwającego min. 3 godziny edukacyjne (135min.), w grupie max. 12 osobowej; warsztat ma na celu przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy na temat asertywności oraz praktycznej umiejętności zastosowania asertywnej komunikacji oraz asertywnych zachowań w życiu codziennym.
- 8) Działania edukacyjne zaplanowane obligatoryjnie w odniesieniu do każdego z uczestników, obejmujące:
  - 1 spotkanie realizowane przez psychologa lub psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, trwające max. 3 godz. edukacyjne, w grupie max. 30 osobowej, uwzględniające badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (spotkanie będzie realizowane z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji, tematyka spotkania zostanie szczegółowo zaplanowana przez realizującego je psychologa, natomiast powinna obejmować co najmniej następujące treści: radzenie sobie ze stresem oraz związek stylu

życia, w tym m.in. aktywności fizycznej, diety, snu i wypoczynku, ze zdrowiem psychicznym).

9) Druga konsultacja psychologiczna realizowana przez psychologa po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji, obejmująca:

- wywiad psychologiczny,
- dokonanie oceny funkcjonowania na podstawie testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), wybranego przez realizatora, wraz z odnotowaniem wyników,
- ewentualne wydanie na piśmie informacji o funkcjonowaniu psychologicznym pacjenta z zaleceniem przekazania go terapii, jeśli pacjent pozostaje w kontakcie z terapeutą.

10) Kontrolna konsultacja psychiatryczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji, obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) i przedmiotowe,
- przekazanie ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik nr 4),
- uzupełnienie karty oceny skuteczności Programu, zawierającej informacje o stanie ich zdrowia (w tym porównanie uzyskanych wyników standaryzowanych kwestionariuszy zastosowanych w Programie z wartościami początkowymi),
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii.

**Tab. Nr 5. Przykładowy harmonogram kompleksowej rehabilitacji uczestników Programu.**

tydz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	18
godz.*	2	2	2	3	3	4	2	1	2	3	2
razem	9 godz.*			9 godz.*			8 godz.*				
<b>Całość świadczeń : 26 godz.*</b>											
Rodzaj świadczenia	konsultacja psychiatryczna - 1 godz. konsultacja psychologiczna - 1 godz. trening redukcji stresu - 2 godz. indywidualne sesje terapeutyczne - 2 godz. warsztat terapeutyczny - 3 godz.			warsztat asertywności - 3 godz. trening redukcji stresu - 4 godz. indywidualna sesja terapeutyczna - 1 godz. indywidualne konsultacje specjalistyczne - 1 godz.			Indywidualne sesje terapeutyczne - 1 godz. konsultacje specjalistyczne - 2 godz. działania edukacyjne - 3 godz. konsultacja psychiatryczna - 1 godz. konsultacja psychologiczna - 1 godz.				

\* 1h=45min

Świadczenia wykonywane będą na podstawie opracowywanego raz w miesiącu harmonogramu planowanych procedur, wzór formularza harmonogramu stanowi załącznik nr 5.

### 3.3. Dowody skuteczności planowanych działań

Działania wskazane w Programie znajdują swoje odzwierciedlenie w opisanych poniżej dokumentach i badaniach naukowych.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 zakłada m.in. upowszechnienie modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej oraz łączenie różnych form pomocy i wsparcia psychicznego. Wytyczne NICE (2009,2011,2016)<sup>585960</sup> dotyczące opieki nad pacjentami chorymi na depresję, poza tradycyjnym leczeniem opartym na farmakoterapii i psychoterapii, zalecają aktywizację pacjentów poprzez różnego rodzaju działania psychospołeczne na przykład udział w grupach wsparcia psychospołecznego oraz dostosowanie różnych form działania przede wszystkim do aktualnego stanu zdrowia i nasilenia objawów chorobowych. Zalecana jest również kompleksowa opieka nad pacjentami po leczeniu szpitalnym, w szczególności przejawiających tendencje samobójcze.

Profesjonalnie przygotowane zespoły psychoedukatorów, osób z wykształceniem psychologicznym, psychoterapeutycznym oraz psychiatrycznym w wielu krajach na świecie realizują programy skierowane do pacjentów chorujących na depresję. Podkreśla się, że pomoc powinna być udzielana blisko miejsca zamieszkania, przez zorganizowanie leczenia psychiatrycznego i psychoterapii w modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej<sup>61</sup>.

Poza tradycyjnymi formami psychoterapii indywidualnej i grupowej, coraz większym uznaniem cieszą się również takie nowatorskie formy interwencji psychologicznych, jak na przykład trening redukcji stresu ze szczególnym wskazaniem treningu opartego na uważności (mindfulness). Dostępna w literaturze naukowej metaanaliza, obejmująca badania opisujące związek ćwiczeń opartych na uważności z poziomem lęku i depresji wykazały, że regularny trening uważności obniża poziom depresji i lęku, również bez udziału innych interwencji terapeutycznych<sup>62</sup>. W innych badaniach z kolei potwierdzono, że interwencje oparte na uważności są skuteczne w leczeniu depresji i lęku u osób aktualnie doświadczających tych zaburzeń, mogą również zmniejszyć ryzyko nawrotów depresji u osób z rozpoznaniem nawracającej depresji w wywiadzie<sup>63</sup>.

Ważnym programem wsparcia środowiskowego dla osób chorych psychicznie oraz uczestniczących w rehabilitacji psychiatrycznej są działania związane z oparciem społecznym w środowiskowych domach samopomocy, warsztatach terapii zajęciowej<sup>64</sup>. W tej formie interwencji istotne jest, aby działania podejmowane w warsztatach były adekwatne do potrzeb uczestników i pomogły im efektywnie skompensować deficyty powstałe w związku z chorobą oraz usprawnić już posiadane zdolności. Należy zaznaczyć, że w przypadku osób z zaburzeniami afektywnymi szczególną rolę odgrywają umiejętności z obszaru asertywności. Warsztaty

<sup>58</sup> NICE Clinical guideline [CG123], Common mental health problems: identification and pathways to care, May 2011 [nice.org.uk;]

<sup>59</sup> NICE Clinical guideline [CG91], Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management, October 2009 [nice.org.uk;]

<sup>60</sup> NICE Clinical guideline [NG53], Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings, August 2016 [nice.org.uk;]

<sup>61</sup> 86. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.

<sup>62</sup> Blanck P, Perleth S, Heidenreich T, Kröger P, Ditzgen B, Bents H, Mander J. Effects of mindfulness exercises as stand-alone intervention on symptoms of anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2018;102:25-35

<sup>63</sup> Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One.* 2014;9(4):e96110.

<sup>64</sup> Bronowski P, Sawicka M, Rowicka M, Bronowska M. Social networks and social functioning level among occupational therapy workshops and community-based support centers users. *Psychiatr Pol.* 2017; 51(1); 139-152

asertywności wzmacniają umiejętność konstruktywnego wyrażania własnych przekonań, pomagają budować pewność siebie oraz minimalizować lęk społeczny. Wyniki badania, w którym uczestniczyli pacjenci z diagnozą depresji potwierdziły, że uczestnictwo w treningu asertywności pozwoliło pacjentom odnieść wymierne korzyści w opisanym zakresie<sup>65</sup>.

### **3.4. Spójność merytoryczna i organizacyjna**

Przedstawiony Program wykazuje cechy spójne merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi zawartymi w ogólnopolskich programach profilaktycznych realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia lub Narodowy Fundusz Zdrowia. Warto też zaznaczyć, że działania rehabilitacji psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym połączone z zaplanowanymi działaniami obejmującymi trening redukcji stresu, warsztaty terapeutyczne i asertywności, konsultacje specjalistyczne oraz działania edukacyjne skierowane do zdefiniowanej grupy docelowej stanowią działanie kompleksowe. Mając powyższe na względzie mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### **4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu**

Interwencje realizowane w ramach Programu terapeutycznego będą bezpłatne i dobrowolne, pacjent na uczestnictwo w nim będzie musiał wyrazić świadomą zgodę. W trakcie realizacji Programu zostaną zachowane zasady związane z poszanowaniem prywatności oraz ochrony danych osobowych.

Uczestnictwo w Programie opierało się będzie na zasadzie zaproszenia uczestników do Programu, za które odpowiadali będą wyłonieni w drodze konkursu Realizatorzy. Koszty związane z akcją promocyjno-informacyjną zostaną wliczone w koszty pośrednie. Dostęp do interwencji w ramach Programu zapewniony będzie w godzinach porannych oraz popołudniowych od poniedziałku do piątku. Ponadto uczestnik Programu będzie miał możliwość kontaktu telefonicznego z Realizatorem Programu celem m.in. pozyskania informacji w zakresie terminów udzielania świadczeń, czy też przełożenia wizyty/konsultacji/warsztatów.

Interwencje będą realizowane przez zespoły specjalistów, składające się z lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, lekarzy w trakcie specjalizacji, specjalistów psychologii klinicznej, psychoterapeutów, osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty. Wskazania dotyczące kwalifikacji zawodowych osób realizujących poszczególne etapy Programu opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wszyscy ww. specjaliści będą ze sobą aktywnie współpracować celem zapewnienia uczestnikowi Programu kompleksowej opieki. W ramach Programu zaplanowano długotrwałą, kilkunastotygodniową współpracę pacjenta z ww. zespołem, której celem jest wypracowanie oraz późniejsze podtrzymanie odpowiednich zachowań zdrowotnych przez pacjenta.

<sup>65</sup> Lin YR, Wu, MH, Yang CI, Chen TH, Hsu CC, Chang YC, Tzeng WC, Chou YH, Chou KR. Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. J Clin Nurs. 2008; 17(21); 2875-83

## **5. Sposób zakończenia udziału w Programie**

Realizator dopuszcza zakończenie udziału pacjenta w Programie na każdym jego etapie, odbywa się to na życzenie samego pacjenta. W przypadku ukończenia pełnego cyklu 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 6), której wyniki będą pomocne w ewaluacji Programu,
- kończy udział w Programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu 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 kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.

## **IV. Organizacja Programu**

### **1. Etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów:**

- 1) Wybór Realizatora programu polityki zdrowotnej w drodze konkursu ofert,
- 2) Przeprowadzenie szkoleń dla kadry medycznej,
- 3) Przeprowadzenie akcji promocyjno-edukacyjnej,
- 4) Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu,
- 5) Bieżące monitorowanie jakości oraz zgłaszalności,
- 6) Ewaluacja Programu – ocena efektywności Programu.

Program będzie przebiegał w następujących etapach:

Etap I. Szkolenia dla personelu medycznego,

Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu.

### **2. Warunki organizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

#### **2.1. Szkolenia dla personelu medycznego (etap I)**

Organizator szkoleń zaplanowanych w ramach Programu powinien:

- zapewnić niezbędną infrastrukturę celem realizacji zaplanowanych szkoleń,
- posiadać specjalistów mających co najmniej 5 letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi poświadczone odpowiednimi dokumentami,

- zapewnić prowadzenie wykładów wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii lub psychologów specjalistów w zakresie psychologii klinicznej oraz z kwalifikacjami w zakresie psychoterapii, lub osoby szkolące się w kierunku psychoterapii posiadających co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem zaburzeń psychicznych afektywnych.

## **2.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)**

Realizator Programu wyłoniony w drodze konkursu powinien spełniać wymagania lokalowe i sprzętowe, a także wymagania dotyczące kompetencji specjalistów udzielających świadczeń w Programie (lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, psycholog specjalista psychologii klinicznej psychoterapeuta, osoba w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty) określone przepisami zawartymi w załączniku nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w części dotyczącej świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych (porada lekarska terapeutyczna, w tym personel: pkt. 1-3; porada psychologiczna, w tym personel: pkt 1) psychoterapeuta<sup>66</sup>.

Ponadto, w zakresie nieuregulowanym przepisami ww. Rozporządzenia, realizator zapewni, że:

- 1) wszyscy psycholodzy realizujący Program będą specjalistami w zakresie psychologii klinicznej bądź psychoterapeutami lub będą osobami w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty (ukończony co najmniej rok kształcenia w szkole psychoterapii);
- 2) konsultacje z zakresu psychoterapii prowadzone będą przez:
  - psychoterapeutę, posiadającego wykształcenie wyższe magisterskie i certyfikat ukończenia szkoły psychoterapii;
  - osobę posiadającą wykształcenie wyższe magisterskie będącą w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty (ukończony co najmniej rok kształcenia w szkole psychoterapii)
  - doświadczenie w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi (w okresie ostatnich 5 lat przed dniem złożenia oferty, minimum rok pracy w wymiarze nie mniejszym niż 50% pełnego wymiaru czasu pracy).

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu**

### **1. Monitorowanie**

Program będzie oceniany z częstotliwością dostosowaną do poszczególnych etapów jego realizacji oraz obligatoryjnie na jego zakończenie. Podstawą oceny będą sprawozdania okresowe i końcowe z realizacji „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi” stanowiące załączniki nr 6 i 7.

Koszty związane z monitoringiem zabezpieczone zostaną w kosztach pośrednich przeznaczonych na realizację Programu.

- 1) Ocenie podlegać będzie również zgłaszalność do Programu raz do roku oraz całościowo na zakończenie Programu poprzez analizę:

---

<sup>66</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

- liczby osób uczestniczących w badaniach lekarskich i psychologicznych kwalifikujących do Programu,
- liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie,
- liczby osób uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych,
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie na poszczególnych etapach jego trwania,

Podstawą oceny zgłaszalności do Programu będzie monitorowanie baz danych prowadzonych przez Realizatorów Programu. Analizie zostanie poddana m. in. liczba osób, które zgłosiły się do Programu oraz liczba osób, którym udzielono świadczeń podczas jego realizacji. Dokonane zostanie również porównanie ilości osób, którym udzielono świadczeń w ramach Programu w stosunku do populacji kwalifikującej się do Programu. Poziom zgłaszalności będzie elementem końcowej oceny realizacji Programu dokonywanej na podstawie danych pozyskanych od beneficjentów.

2) Ocenie podlegać będzie jakość świadczeń udzielanych w Programie raz do roku oraz całościowo na zakończenie Programu poprzez:

- analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników Programu (załącznik Nr 4),
- analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora Programu,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg Programu.

Podstawą oceny jakości świadczeń będzie monitorowanie przez Realizatora wyników ankiet badających poziom satysfakcji uczestników Programu. Realizator będzie przeprowadzać ocenę realizacji Programu z częstotliwością dostosowaną do etapów realizacji Programu lub zadań w jego ramach realizowanych. Obowiązkowo ocena będzie musiała być przeprowadzona na zakończenie realizacji Programu i obejmować wszystkie usługi, którymi w ramach Programu objęci będą świadczeniobiorcy.

3) Ocenie podlegać będzie liczba osób, które podjęły próby samobójcze w trakcie i 3 miesiące po zakończeniu Programu. Pozyskanie informacji nt. liczby osób, które podjęły próby samobójcze nastąpi na podstawie bezpośredniego kontaktu telefonicznego z uczestnikiem Programu, bądź osobą upoważnioną przez uczestnika Programu.

## **2. Ewaluacja**

Za przeprowadzenie ewaluacji Programu odpowiedzialna będzie wyznaczona przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego Instytucja. Ocena efektywności Programu zostanie dokonana na podstawie analizy wartości następujących mierników efektywności oraz wskaźników, będących przedmiotem monitoringu, obrazujących zaplanowane efekty korespondujące z celami Programu:

- odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla personelu medycznego,

- odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie,
- odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami,
- odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami,
- odsetek osób, które podjęły próby samobójcze.

Ewaluacja Programu będzie opierała się na porównaniu wartości wskazanych wyżej mierników efektywności i wskaźników przed i po realizacji Programu, a o wadze osiągniętych efektów stanowić będzie zmiana w zakresie tych wartości. Ponadto należy podkreślić, że ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu Programu.

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 2 897 840 zł na lata 2021-2026.

Ceny jednostkowe, w oparciu o które wyliczono koszty Programu, zostały ustalone na podstawie danych przekazanych przez podmioty realizujące podobne świadczenia na terenie województwa wielkopolskiego. Koszty przewidziane w Programie będą ponoszone na warunkach określonych w wytycznych konkursowych. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny złożonego formularza ofertowego zgodnie z wytycznymi ustalonymi Zarząd Województwa Wielkopolskiego. Koszty monitorowania Programu stanowić będą koszty pośrednie odpowiedzialnych za to zadanie beneficjentów, natomiast ewaluacja zostanie przeprowadzona zgodnie z Wytycznymi.



## **1. Koszty jednostkowe**

### **1.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)**

Działania szkoleniowe w Programie zaplanowano dla 250 uczestników (min. 10 szkoleń dla grup max. 25-osobowych). Szkolenia będą realizowane będą przez pierwsze trzy lata realizacji Projektu tj. 2021, 2022 i 2023 r. Koszt szkolenia w trybie jednodniowym (8 h edukacyjnych 45-minutowych) dla 1 uczestnika, na podstawie rozeznania sytuacji rynkowej, oszacowano na poziomie 400 zł. Koszt obejmować będzie wynagrodzenie wykładowcy, wynajem sali, catering, opracowanie i druk materiałów szkoleniowych. Koszt organizacji jednego szkolenia wyniesie 10 000,00 zł.

### **1.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)**

Na koszt jednego uczestnika wynoszący 1 559 zł składają się:

- 1) Pierwsza konsultacja psychiatryczna kwalifikująca do Programu realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii: 130zł
- 2) Pierwsza konsultacja psychologiczna realizowana przez psychologa: 120zł
- 3) Indywidualne sesje terapeutyczne realizowane przez psychoterapeutę (4 spotkania): 520zł (130zł/spotkanie)
- 4) Indywidualne konsultacje specjalistyczne obejmujące 3 konsultacje realizowane przez psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty: 390zł (130zł/jedną konsultację)
- 5) Trening redukcji stresu realizowany przez psychologa lub psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty (3 spotkania w grupach 12-osobowych): 69zł (23zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 276zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 6) Warsztaty terapeutyczne, realizowane przez psychologa lub psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty (1 spotkanie w grupach 12-osobowych): 40zł (40zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 480zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 7) Warsztat asertywności realizowany przez psychologa lub psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty; w formie 1 spotkania trwającego min. 3 godziny edukacyjne, w grupie max. 12 osobowej: 40zł (480zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 8) Działania edukacyjne, obejmujące 1 spotkanie realizowane przez psychologa lub psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty trwające max. 3 godz. edukacyjne, w grupie max. 30 osobowej: 20zł (600zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 9) Druga konsultacja psychologiczna realizowana przez psychologa po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji: 110zł
- 10) Kontrolna konsultacja psychiatryczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji: 120zł

**Tab. Nr 6. Koszty jednostkowe Programu.**

<b>Interwencja</b>	<b>Koszt jednostkowy (zł)</b>
Uczestnictwo jednej osoby w szkoleniu dla personelu medycznego	400,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w programie kompleksowej rehabilitacji	1559,00
Konsultacja lekarza psychiatry kwalifikująca do Programu	130,00
Konsultacja psychologiczna	120,00
Indywidualne sesje terapeutyczne	130,00
Konsultacja specjalistyczna, (psychoterapeuta)	130,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w jednym spotkaniu w ramach treningu redukcji stresu	23,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w warsztacie terapeutycznym	40,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w warsztacie asertywności	40,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w działaniach edukacyjnych realizowanych przez psychologa	20,00
Kontrolna wizyta u psychologa	110,00
Kontrolna wizyta lekarska	120,00

**2. Koszty całkowite****Tab. Nr 7. Koszty bezpośrednie Programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.**

Koszty bezpośrednie Programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje. Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1.1. Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej	100 000,00			
Szkolenia dla personelu medycznego	250	osoba	400	100 000,00
1.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	2 534 400,00			
1) Pierwsza konsultacja psychiatryczna kwalifikująca do Programu	1760	osoba	130	228 800,00
2) Pierwsza konsultacja psychologiczna	1760	osoba	120	211 200,00
3) Indywidualne spotkania terapeutyczne (4 spotkania)	1600	osoba	520	832 000,00
4) Indywidualne konsultacje specjalistyczne (3 konsultacje)	1600	osoba	390	624 000,00
5) Trening redukcji stresu	1600	osoba	69	110 400,00
6) Warsztaty terapeutyczne	1600	osoba	40	64 000,00
7) Warsztat asertywności	1600	osoba	40	64 000,00
8) Działania edukacyjne	1600	osoba	20	32 000,00
9) Druga wizyta psychologiczna	1600	osoba	110	176 000,00
10) Kontrolna konsultacja psychiatryczna	1600	osoba	120	192 000,00
Koszty Programu (bezpośrednie)	2 634 400,00			

**Tab. Nr 8. Koszty bezpośrednie Programu w poszczególnych latach realizacji.**

Koszty bezpośrednie Programu w poszczególnych latach realizacji. Rodzaj kosztu	Liczba	% ogółu	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Rok 2021					178 400,00
1.1. Etap I. Szkolenia dla personelu medycznego	50	50	osoba	400	20 000,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	100	20	osoba	1559	155 900,00
Koszt konsultacji lekarskich i psychologicznych wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	10	20	osoba	250	2 500,00
Rok 2022					388 480,00
1.1. Etap I. Szkolenia dla personelu medycznego	100	50	osoba	400	40 000,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	220	20	osoba	1559	342 980,00
Koszt konsultacji lekarskich i psychologicznych wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	22	20	osoba	250	5 500,00
Rok 2023					515 200,00
1.1. Etap I. Szkolenia dla personelu medycznego	100	50	osoba	400	40 000,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	300	20	osoba	1559	467 700,00
Koszt konsultacji lekarskich i psychologicznych wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	30	20	osoba	250	7 500,00
Rok 2024					522 720,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	330	20	osoba	1559	514 470,00
Koszt konsultacji lekarskich i psychologicznych wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	33	20	osoba	250	8 250,00

Rok 2025					522 470,00
1.2.Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	330	20	osoba	1559	514 470,00
Koszt konsultacji lekarskich i psychologicznych wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	33	20	osoba	250	8 250,00
Rok 2026					506 880,00
1.2.Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	320	20	osoba	1559	498 880,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	32	20	osoba	250	8 000,00
Koszty Programu (bezpośrednie)					2 634 400,00

Koszty bezpośrednie Programu szacuje się na poziomie 2 634 400,00 zł, co po doliczeniu 10% kosztów pośrednich tj. kwoty 263 440 zł daje całkowity koszt realizacji Programu w wysokości 2 897 840 zł.

### 3. Źródło finansowania

Program będzie finansowany ze środków Województwa Wielkopolskiego.

## Bibliografia

1. Absencja chorobowa w 2016 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2017.
2. A. Grzywa, A. Kucmin, T. Kucmin Samobójstwa – epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I.
3. Bank danych lokalnych, GUS [bdl.stat.gov.pl;].
4. Bronowski P, Sawicka M, Rowicka, M, Bronowska M. Social networks and social functioning level among occupational therapy workshops and community-based support centers usurs. *Psychiatr Pol.* 2017; 51(1); 139-152.
5. DALY – z ang. *disability-adjusted life years* – lata życia skorygowane niesprawnością, wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa wg WHO.
6. Dane Główny Urząd Statystyczny.
7. Dane Narodowy Fundusz Zdrowia.
8. Esketamine Nasal Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients With Major Depressive Disorder Who Have Active Suicide Ideation With Intent: Results of a Phase 3, Double-Blind, Randomized Study (ASPIRE II).  
Dawn F. Ionescu, Dong-Jing Fu, Xin Qiu, Rosanne Lane, Pilar Lim, Siegfried Kasper, David Hough, Wayne C. Drevets, Hussein Manji, Carla M. Canuso.
9. Friedrich M.J. Depression is the leading cause of disability around the world. *JAMA* 2017.
10. Gliman S., Sucha E., Kingsbury M., Horton N., Murphy J., Colman I. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952-2011. *CMAJ* 2017.
11. Hendriks S.M., Spijker J., Licht C.M., Hardeveld F., de Graaf R., Batelaan N.M., Penninx B.W., Beekman A.T. Long-term disability in anxiety disorders. *BMC Psychiatry.* 2016;16:248.
12. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.
13. Khazaei S, Armanmehr V, Nematollahi S, Rezaeian S, Khazaei S. Suicide rate in relation to the Human Development Index and Rother health related factors: A global ecological study from 91 countries. *J.Epidemiol. Glob. Health.* 2017; 7(2): 131–134. Doi: 10.1016/j.jegh.2016.12.002.
14. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Akademia Medyczna we Wrocławiu. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska. 2012.
15. Informacja publiczna – dane Policji.

16. Lin YR, Wu, MH, Yang CI, Chen TH, Hsu CC, Chang Y C, Tzeng WC, Chou YH, Chou KR. Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. *J Clin Nurs*. 2008; 17(21); 2875-83.
17. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego [mpz.mz.gov.pl;].
18. Marcus M. Yasamy T.M., van Ommeren M., Chisholm D., Saxena S. Depression. A global Public health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. 2012. World Health Organization.
19. McKenzie K. Poradnik medyczny. Depresja . wydawnictwo Wiedza i życie, Warszawa 2011.
20. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.
21. Moskalewicz J., Boguszevska L. Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje. W: Szymborski J. Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. Warszawa. Rządowa Rada Ludności. 2012.
22. O’Hara W.M., Swain M.A. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996; 8(1):37-54.
23. Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030.
24. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo wielkopolskie, Wielkopolski Urząd Wojewódzki.
25. Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl].
26. Pużyński S., Depresje i zaburzenia afektywne, Wyd. 5, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008, ISBN 9788320038286.
27. Rejestr Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.
28. Rejestr prowadzony przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych: w Poznaniu, Kaliszu, Koninie, Lesznie i Pile.
29. Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej 2001-2017, GUS [stat.gov.pl;].
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].
31. 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].
32. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
33. Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006.

34. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
35. Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku.
36. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. PLoS One. 2014;9(4):e96110.
37. Stukan J., Toksyczna psychologia i psychiatria. Depresja a samobójstwo, Prometeusz, Polska 2010, ISBN 978-83-915222-5-7.
38. Suicidal Behaviour in Mood Disorders – WHO, When, and Why?.
39. The Duration of the Suicidal Process: How Much Time Is Left for Intervention Between Consideration and accomplishment of a Suicide Attempt? Eberhard A. Deisenhammer, M.D.; Chy-Meng Ing, M.D.; Robert Strauss, M.D.; Georg Kemmler, Ph.D.; Hartmann Hinterhuber, M.D.; and Elisabeth M. Weiss, M.D., Ph.D.
40. The intersection of COVID-19 and mental health. Lancet. Vol 20, Issue 11, P1217, November 01, 2020.
41. Turno M. One są wśród nas. Dziecko z depresją w przedszkolu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji Ministerstwa Edukacji Narodowej. 2010.
42. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
43. Urząd Statystyczny.
44. WHO Mental Health Action Plan [who.int; dostęp:]
45. Whiteford H.A., Ferrari A.J., Degenhardt L., Feigin V., Vos T. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. In: Forloni G, ed. PLoS ONE. 2015;10(2):e0116820.
46. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization 2013.
47. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva; 2014
48. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. ZUS, Warszawa 2017.

## Spis tabel

- Tab. Nr 1. Kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego wg ICD-10.
- Tab. Nr 2. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (bez uzależnień) w województwie wielkopolskim w roku 2015 w podziale na płeć (liczby bezwzględne).
- Tab. Nr 3. Szczegółowy zakres świadczeń przysługujących pacjentom z omawianą grupą zaburzeń.
- Tab. Nr 4. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.
- Tab. Nr 5. Przykładowy harmonogram kompleksowej rehabilitacji uczestników Programu.
- Tab. Nr 6. Przykładowe koszty jednostkowe Programu. Interwencja.
- Tab. Nr 7. Koszty bezpośrednie Programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje. Rodzaj kosztu.
- Tab. Nr 8. Koszty bezpośrednie Programu w poszczególnych latach realizacji. Rodzaj kosztu.



## ANKIETA EWALUACYJNA

**Szkolenie (nazwa szkolenia) w ramach „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi”**

### I. Przydatność szkolenia i możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w przyszłości

Proszę zaznaczyć właściwą z Pani/Pana punktu widzenia odpowiedź, **gdzie 1 – zupełnie się nie zgadzam, 5 – zgadzam się całkowicie**

Szkolenie było przydatne z punktu widzenia mojej pracy.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Informacje przedstawione podczas szkolenia odpowiadały na moje potrzeby.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Wiedza nabyta podczas szkolenia pomoże mi lepiej wykonywać codzienną pracę.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Przykłady używane w trakcie szkolenia odnosiły się do mojej pracy.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Informacje podawane na szkoleniu były spójne z informacjami, które otrzymuję w miejscu pracy.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Jak planujesz zastosować, to czego się nauczyłeś podczas szkolenia?

.....  
.....  
.....  
.....

### II. Metody szkoleniowe

Dyskusje w trakcie zajęć były interesujące i przydatne.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Metody stosowane podczas szkolenia były pomocne w opanowaniu zagadnień/realizacji celów szkolenia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Liczba wykładów w stosunku do innych metod szkoleniowych była właściwa:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### III. Materiały i pomoce szkoleniowe

Materiały i pomoce szkoleniowe były użyteczne:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Materiały i pomoce szkoleniowe były łatwe w użyciu:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Informacje przedstawione w materiałach były dostosowane do moich potrzeb:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Pomoce audiowizualne były przydatne:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**IV. Ogólna ocena**

Szkolenie całościowo oceniam bardzo dobrze:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Co Ci się w szkoleniu najbardziej podobało?

.....  
.....  
.....  
.....

Co było zbędne, co Ci się nie podobało?

.....  
.....  
.....  
.....

Czego zabrakło w szkoleniu?

.....  
.....  
.....  
.....Poleciłbym to

szkolenie innym osobom:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

komu?

.....  
.....  
.....  
.....

**V. Warunki w jakich odbywało się szkolenie**

Jak oceniasz warunki, w jakich odbyło się szkolenie:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**VI. Organizacja szkolenia**

Na każdy blok przeznaczono wystarczającą ilość czasu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Szkolenie było dobrze zorganizowane:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Szkolenie trwało odpowiednią ilość czasu:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Jak oceniasz liczbę przerw w trakcie szkolenia:

- zbyt mało
- odpowiednia ilość
- zbyt dużo

Jak oceniasz czas trwania przerw:

- zbyt krótkie
- w sam raz
- zbyt długie

## VII. Ocena prowadzącego/cych szkolenie

To, co mówił prowadzący było dla mnie jasne i zrozumiałe:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Prowadzący angażował mnie do aktywnego udziału w zajęciach:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Podczas szkolenia prowadzący tworzył miłą atmosferę:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Prowadzący zachowywał właściwe tempo pracy (bez popędzania czy przeciągania zajęć):

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Podczas zajęć prowadzący nawiązywał do specyfiki mojej pracy:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Prowadzący wyczerpująco odpowiadał na wszystkie moje pytania:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Prowadzący trzymał się tematu:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Prowadzący posiadał wiedzę merytoryczną z zakresu obejmującego szkolenia:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Informacje przekazywane przez prowadzącego były logiczne i wyczerpujące:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

## VIII. Cele szkolenia

Cele szkolenia były dla mnie jasne:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**

.....  
Nazwa realizatora Programu

.....  
miejsowość, data

**Formularz kwalifikacji uczestników  
do „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi”  
lekarz specjalista psychiatra**

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Pesel:

.....

3. Adres zamieszkania:

.....

.....

.....

4. Rozpoznanie jednostki chorobowej wg ICD 10:

.....

.....

5. Choroby współistniejące:

.....

.....

6. Analiza historii dotychczasowego leczenia:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

8. Wskazania do udziału w Programie:           tak\*                   nie\*  
(uzasadnić przy zaznaczeniu odpowiedzi tak)

- Pacjent z rozpoznaniem zaburzeń nastroju, w tym epizod depresji (F 32) oraz depresja nawracająca (F33) nie korzystający w ciągu ostatnich 5 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON
- Pacjent z podejrzeniem epizodu depresyjnego (F 32) długo oczekujący (co najmniej 2 miesiące) na świadczenie medyczne w związku z wydłużającą się kolejką oczekiwania na świadczenie;

.....  
.....  
.....

9. Przeciwwskazania do udziału w Programie:   tak\*                   nie\*  
(uzasadnić przy zaznaczeniu odpowiedzi tak)

- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym, np. ciężka depresja, zaburzenia psychiatryczne, upośledzenie umysłowe, inne (jakie?).....;
- inne (jakie?) .....

10. Decyzja o włączeniu do udziału w Programie:   tak\*                   nie\*

.....

**Podpis i pieczęć osoby kwalifikującej**

\*niepotrzebne skreślić

Załączniki do formularza:

- Załącznik nr 1 - oświadczenie pacjenta potwierdzające nie korzystanie przez pacjenta w ciągu ostatnich 5 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON.
- Załącznik nr 2 - oświadczenie pacjenta o czasie oczekiwania na świadczenie medyczne w związku z wydłużającą się kolejką oczekiwania na świadczenie.
- Załącznik nr 3 – zgoda pacjenta na udział w Programie, przetwarzanie danych osobowych oraz potwierdzenie obowiązku informacyjnego.
- Załącznik nr 4 – oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz oświadczenie o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji medycznej.

## Załącznik nr 1 do formularza kwalifikacyjnego

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Miejscowość, data

### Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że nie korzystałem/am w ciągu ostatnich 5 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON.

.....  
Czytelny podpis pacjenta

## Załącznik nr 2 do formularza kwalifikacyjnego

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Miejscowość, data

### Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że czas oczekiwania na zaproponowane mi świadczenie medyczne realizowane przez podmioty lecznicze udzielające świadczeń w ramach NFZ wynosi w związku z wydłużającą się kolejką ponad 2 miesiące.

.....  
Czytelny podpis pacjenta

**Załącznik nr 3 do formularza kwalifikacyjnego**

**ZGODA NA UDZIAŁ  
W REGIONALNYM PROGRAMIE REHABILITACJI OSÓB Z ZABURZENIAMI  
DEPRESYJNYMI**

.....  
Imię i Nazwisko:

.....  
Pesel:

.....  
Adres zamieszkania:

Deklaracja uczestnictwa w projekcie pn. Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi.

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

.....  
Czytelny podpis pacjenta

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizacji programu pn. Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się z informacją nt. przetwarzania danych osobowych obowiązujących w .....

( nazwa realizatora Programu)

.....  
Miejscowość, data złożenia podpisu

.....  
Czytelny podpis pacjenta



**Załącznik nr 4 do formularza kwalifikacyjnego**

**Oświadczenia pacjenta  
w związku z udziałem w „Regionalnym programie rehabilitacji osób  
z zaburzeniami depresyjnymi”**

**proszę o wypełnienie następujących oświadczeń:**

1. Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o stanie jego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;

Oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

Pana/Panią .....

Tel. kontaktowy .....

.....  
Czytelny podpis pacjenta

2. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji medycznej ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą.

Oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam do uzyskiwania dokumentacji i kontaktów w zakresie realizacji Programu.

Pana/Panią .....

Tel. kontaktowy .....

.....  
Czytelny podpis pacjenta

Miejscowość, Data: .....

.....  
realizatora Programu

..... Nazwa  
miejscowość, data

**Formularz kwalifikacji uczestników  
do „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi”  
psycholog**

1. Imię i nazwisko:

.....

1. Pesel:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....  
.....  
.....

3. Rozpoznanie jednostki chorobowej wg ICD 10:

.....  
.....

4. Choroby współistniejące:

.....  
.....

5. Analiza historii dotychczasowego leczenia:

.....  
.....  
.....

6. Szczegółowa analiza problemów i objawów oraz zakresu funkcjonowania pacjenta na podstawie testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), wybranego przez realizatora,

.....  
.....  
.....

7. Przeciwwskazania do udziału w Programie:      tak\*      nie\*  
(uzasadnić przy zaznaczeniu odpowiedzi tak)  
• Inne dotyczące funkcjonowania pacjenta: (jakie?)

.....  
.....  
.....

8. Decyzja o włączeniu do udziału w Programie:      tak\*      nie\*

9. Dobór metod terapeutycznych do określonych dolegliwości, funkcjonalności i potrzeb pacjenta:1

- |   |      |      |
|---|------|------|
| 1) Indywidualne sesje terapeutyczne: 4 sesje indywidualne             | tak* | nie* |
| 2) Indywidualne konsultacje specjalistyczne obejmujące: 3 konsultacje | tak* | nie* |
| 3) Trening redukcji stresu: 3 spotkania grupowe                       | tak* | nie* |
| 4) Warsztaty terapeutyczne do wyboru:                                 |      |      |
| • warsztat psychodramy: 1 spotkanie                                   | tak* | nie* |
| • warsztat radzenia sobie z emocjami: 1 spotkanie                     | tak* | nie* |
| 5) Warsztat asertywności: 1 spotkanie                                 | tak* | nie* |
| 6) Działania edukacyjne: 1 spotkanie                                  | tak* | nie* |

.....

**Podpis i pieczęć osoby kwalifikującej**

\*niepotrzebne skreślić

## Załącznik nr 4

## Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi”

<b>I. Ocena sposobu umówienia terminu poszczególnych interwencji oferowanych w Programie</b>				
Jak Pan(i) ocenia (proszę zakreślić):				
• szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• uprzejmość osób rejestrujących?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• dostępność rejestracji telefonicznej?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
<b>II. Ocena wizyt lekarskich</b>				
Jak Pan(i) ocenia (proszę zakreślić):				
• uprzejmość i życzliwość lekarza?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• poszanowanie prywatności podczas wizyty?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• staranność i dokładność wykonywania badania?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• sposób przekazywania informacji?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
<b>III. Ocena świadczeń psychologicznych</b>				
Jak Pan(i) ocenia (proszę zakreślić) :				
• uprzejmość i życzliwość psychologów?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• poszanowanie prywatności podczas porad?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• staranność i dokładność wykonywania świadczeń?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• sposób przekazywania informacji nt. sposobów rehabilitacji?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
<b>IV. Ocena warunków panujących w siedzibie realizatora Programu?</b>				
Jak Pan(i) ocenia (proszę zakreślić) :				
• czystość w poczekalni?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• dostęp i czystość w toaletach?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• wyposażenie gabinetów?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• wyposażenie sal warsztatowych?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
<b>V. Dodatkowe uwagi/opinie:</b>				

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

**Załącznik nr 5**

.....  
Nazwa realizatora

<b>Harmonogram planowanych procedur w miesiącu ..... 202... r.</b>					
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					

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis osoby odpowiedzialnej

.....  
Nazwa realizatora Programu

.....  
miejsowość, data

**Sprawozdanie okresowe z realizacji „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi” za .....**

<b>Lp.</b>	<b>Wskaźniki</b>	<b>Liczba</b>
1	Osoby uczestniczące w Programie	
2	Pacjenci uczestniczący w badaniach kwalifikujących lekarskich	
3	Pacjenci uczestniczący w badaniach kwalifikujących psychologicznych	
4	Pacjenci korzystający z indywidualnych sesji terapeutycznych	
5	Pacjenci korzystający z indywidualnych konsultacji specjalistycznych	
6	Pacjenci korzystający z treningu redukcji stresu	
7	Pacjenci korzystający z warsztatów terapeutycznych	
8	Pacjenci korzystający z warsztatów asertywności	
9	Pacjenci korzystający z działań edukacyjnych	
10	Pacjenci rezygnujący z udziału w Programie	
11	Przeprowadzone indywidualne sesje	
12	Przeprowadzone indywidualne konsultacje specjalistyczne	
13	Przeprowadzone treningi redukcji stresu	
14	Przeprowadzone warsztaty terapeutyczne	
15	Przeprowadzone warsztaty asertywności	
16	Przeprowadzone warsztaty asertywności	
17	Przeprowadzone działania edukacyjne	

.....  
podpis osoby odpowiedzialnej

.....  
Nazwa realizatora Programu.....  
miejsowość, data

**Sprawozdanie końcowe z realizacji „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi” za .....**

<b>Lp.</b>	<b>Wskaźniki</b>	<b>Liczba</b>
1	Osoby uczestniczące w Programie	
2	Pacjenci uczestniczący w badaniach kwalifikujących lekarskich	
3	Pacjenci uczestniczący w badaniach kwalifikujących psychologicznych	
4	Pacjenci uczestniczący w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie	
5	Pacjenci rezygnujący z udziału w Programie na poszczególnych etapach jego trwania.	
6	Pacjenci korzystający z indywidualnych sesji terapeutycznych	
7	Pacjenci, którzy podjęli próby samobójcze	
8	Pacjenci korzystający z indywidualnych konsultacji specjalistycznych	
9	Pacjenci korzystający z treningu redukcji stresu	
10	Pacjenci korzystający z warsztatów terapeutycznych	
11	Pacjenci korzystający z warsztatów asertywności	
12	Pacjenci korzystający z działań edukacyjnych	
13	Pacjenci rezygnujący z udziału w Programie	
14	Przeprowadzone indywidualne sesje	
15	Przeprowadzone indywidualne konsultacje specjalistyczne	
16	Przeprowadzone treningi redukcji stresu	
17	Przeprowadzone warsztaty terapeutyczne	
18	Przeprowadzone warsztaty asertywności	
19	Przeprowadzone warsztaty asertywności	
20	Przeprowadzone działania edukacyjne	
21	Pacjenci, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym	
22	Pacjenci, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego	
23	Pacjenci, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu działań zdrowotnych	
24	Personel medyczny u którego nastąpił wzrost wiedzy	

.....  
podpis osoby odpowiedzialnej