



WIELKOPOLSKA



URZĄD
MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Załącznik do Uchwały Zarządu
Województwa Wielkopolskiego
Nr 3218 / 2026 z 19 lutego 2026 r.

Regionalny program rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi

Okres realizacji Programu: 2026

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Program został przygotowany zgodnie z Rekomendacją nr 25/2022 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 maja 2022 r.

Spis treści

I.	Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu.....	4
I.1.	Opis problemu zdrowotnego.....	4
I.2.	Dane epidemiologiczne	7
I.3.	Opis obecnego postępowania	9
II.	Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji	13
II.1	Cel główny	13
II.2	Cele szczegółowe	13
II.3	Mierniki.....	14
III.	Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach Programu.....	14
III.1.	Demografia Województwa Wielkopolskiego	14
III.2.	Populacja docelowa.....	15
III.3.	Kryteria włączenia	15
III.4.	Kryteria wyłączenia	16
III.5.	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu	16
III.6.	Sposób zakończenia udziału w Programie	18
IV.	Organizacja Programu.....	19
IV.1.	Etapy i warunki organizacji Programu	19
IV.1.1.	Działania promocyjno-informacyjne mające na celu przeprowadzenie naboru do Programu	19
IV.1.2.	Kwalifikacja do Programu.....	20
IV.1.3.	Rehabilitacja uczestników	20
IV.1.4.	Weryfikacja efektów rehabilitacji.....	21
IV.2.	Szczegółowe wymagania do spełnienia przez Realizatora podczas udzielania świadczeń w Programie:.....	21
V.	Sposób monitorowania i ewaluacji Programu	22
V.1.	Monitorowanie	22
V.2.	Ewaluacja	23
VI.	Budżet Programu	24
VI.1.	Koszty jednostkowe.....	24
VI.2.	Koszty całkowite	25
VI.3.	Źródło finansowania.....	26
	Bibliografia.....	27
	Spis tabel.....	28

Regionalny program rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi

Załącznik nr 1	29
Załącznik nr 1 do formularza kwalifikacyjnego	32
Załącznik nr 2 do formularza kwalifikacyjnego	33
Załącznik nr 3 do formularza kwalifikacyjnego	34
Załącznik nr 2	35
Załącznik nr 3	37
Załącznik nr 4	39
Załącznik nr 5	40

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Preambuła ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. Zdrowie psychiczne, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, jest jednym z podstawowych elementów ogólnego stanu zdrowia i oznacza nie tylko brak zaburzeń czy choroby, ale także potencjał psychiczny, umożliwiający jednostce zaspokajanie swoich potrzeb, osiągnięcie sukcesów, czerpanie radości i satysfakcji z życia, zwiększający zdolność rozwoju, uczenia się, radzenia sobie ze zmianami i pokonywania trudności, a także sprzyjający rozwiązywaniu i utrzymywaniu dobrych relacji z innymi ludźmi oraz aktywnemu udziałowi w życiu społecznym.¹ Wiele z tych elementów jest wprost związanych z okresem życia człowieka, w którym następuje jego najszybszy rozwój czyli dzieciństwa i młodości. Najistotniejsze komponenty zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży to:²

- zdolność do doświadczania i wyrażania emocji, takich jak radość, smutek, gniew, przywiązanie, we właściwy i konstruktywny sposób,
- pozytywna samoocena, szacunek dla innych, głębokie poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do siebie i świata,
- zdolność do funkcjonowania w rodzinie, grupie rówieśniczej, szkole i społeczności,
- zdolność do inicjowania i podtrzymywania głębszych relacji (przyjaźń, miłość) oraz uczenia się funkcjonowania w świecie w sposób produktywny.

Problemy związane ze zdrowiem psychicznym mogą mieć formę zaburzeń psychicznych (powodujących cierpienie lub upośledzenie, będących czymś więcej niż ogólnie przyjętą formą reakcji na konkretne wydarzenie i stanowiące przejaw dysfunkcji psychicznej)³ albo też trudności w jakiegokolwiek sferze funkcjonowania psychospołecznego (emocjonalnej, behawioralnej, poznawczej czy społecznej).

¹ M. Sokołowska, Założenia ogólne, definicje [w:] Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja, C. Czabała (red), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2000.

² J. Szymańska, Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa, 2012

³ J.C. Wakefield, Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder, "Psychological Review" 1992, t. 99, nr 2, s. 232-247.

Jednym z najczęściej rozpoznawanych w dzieciństwie i adolescencji zaburzeń zdrowia psychicznego są zaburzenia nastroju, w tym depresja (F32-33 wg. ICD10). Depresja to chorobowe, niezależne od zdarzeń bieżących, obniżenie nastroju, któremu towarzyszy najczęściej smutek, ubytek energii, zmniejszenie aktywności, zaburzenia snu i apetytu. Zakres zainteresowań, samoocena i koncentracja uwagi są obniżone, często pojawia się zmęczenie nawet po małym wysiłku. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 wyróżniamy epizod depresyjny (łagodny, umiarkowany lub ciężki) lub zaburzenia depresyjne nawracające. Zaburzenia u dzieci mogą mieć odmienne objawy niż u osób dorosłych.⁴ W okresie niemowlęcym dominuje smutek, w okresie przedszkolnym pojawia się dodatkowo skłonność do irytacji, płaczliwość, objawy wegetatywne (bezsenna, utrata apetytu) i zaburzenia zachowania (hiperaktywność, napady wściekłości), w młodszym wieku szkolnym dominuje wstydlivość, poczucie winy, poczucie beznadziejności, obniżona samoocena i problemy szkolne. Odmienność objawów depresyjnych u dzieci powoduje ogromne trudności diagnostyczne. Depresja młodzieńcza (pojawiająca się w wieku dorastania) łączy w sobie zaburzenia nastroju, lęk, zaburzenia zachowania oraz, co najbardziej niebezpieczne, znaczne nasilenie zachowań autodestrukcyjnych, niejednokrotnie prowadzących do prób samobójczych i samobójstw.⁵ Przyczyn depresji można szukać zarówno w uwarunkowaniach biochemicznych (genetycznych, związanych ze zmianami w mediatorach), jak również społecznych (samotność, izolacja, śmierć bliskiej osoby, doświadczenie przemocy) i psychologicznych (niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy, negatywne wzorce myślenia). Badania wskazują, że objawy depresyjne o różnym nasileniu pojawiają się u co piątego nastolatka, co stanowi ogromne zagrożenie dla zdrowia i życia młodych ludzi, a także dla ich funkcjonowania społecznego - w szkole (trudności w koncentracji, pogorszenie pamięci, zmęczenie) czy rodzinie (nadmierna drażliwość, agresja, konflikty).

Wszystkie zaburzenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, bez względu na ich rodzaj, w znacznym stopniu utrudniają codzienne funkcjonowanie (w tym szkolne) i stanowią zagrożenie dla prawidłowego rozwoju. Dzieci cierpiące na takie zaburzenia często mają trudności w realizacji kluczowych zadań rozwojowych, mogące prowadzić do frustracji i poczucia odrzucenia, a w przyszłości do zaburzeń psychicznych wieku dorosłego. Jednak zarówno diagnoza, jak i terapia są utrudnione. Dzieci same nie zgłaszają się po pomoc, często nie potrafią się wystawić, nie uświadamiają sobie emocji czy zachowań, nie chcą współpracować. Ponadto istniejące kryteria diagnostyczne nie zawsze są dostosowane do objawów występujących w tym okresie rozwoju, a

⁴ J. Rola, Depresja u dzieci, APS, Warszawa 2001, s. 22-35.

⁵ J. Bomba, Depresja młodzieńcza [w:] Psychiatria dzieci i młodzieży, I. Namysłowska (red.), PZWŁ, s. 266-279.

leki stosowane przez psychiatrów nie są dobrze przebadane i mają sporo skutków ubocznych, zagrażających prawidłowemu rozwojowi.⁶

Z perspektywy zdrowia publicznego do głównych przyczyn występowania tego problemu zdrowotnego wśród dzieci i młodzieży należą:⁷

- zwiększenie roli środowiskowych czynników w zachorowalności na depresję, wiążące się ze zwiększonymi oczekiwaniami społecznymi, ambicjami, zaniedbywaniem higieny życia codziennego, snu oraz żywienia ze względu na wzrastające tempo życia i narażenie na szeroko pojęty stres,
- zanik więzi społecznych i brak wsparcia oraz prawidłowych wzorców zachowań zarówno w rodzinie jak i szkole, utrwalany przez funkcjonowanie młodych ludzi w wirtualnej rzeczywistości,
- niska świadomość społeczna co do skali występowania zaburzeń psychicznych i sposobów ich leczenia oraz stygmatyzacja osób zmagających się z tego rodzaju problemami,
- ograniczona dostępność do specjalistycznej pomocy lekarskiej i psychologicznej w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, w szczególności w formie środowiskowej.

Samobójstwa wśród młodzieży stanowią istotny problem zdrowotny, szczególnie w okresie adolescencji, po 12 r.ż. Wiąże się to m.in. z pojawieniem się świadomości własnej śmiertelności, tego czym jest śmierć i jakie są jej fizyczne i społeczne konsekwencje.⁸ Grupy, w których to zjawisko jest szczególnie nasilone to: dorastający w depresji, uzależnieni od środków odurzających, jednostki o cechach osobowości z pogranicza, jednostki antyspołeczne lub zdradzające zaburzenia zachowania, osoby izolowane, żyjące na uboczu grupy rówieśniczej, osoby psychotyczne, mające halucynacje lub ataki paniki, dorastający w czasie trwania kryzysu psychologicznego, u którego do sytuacji stresowej doprowadza jego własna impulsywność i irracjonalność.⁹ Dojrzewanie jest okresem, w którym młody człowiek często nie potrafi poradzić sobie z szybko zmieniającymi się stanami emocjonalnymi. Samobójstwu towarzyszą takie emocje jak: wściekłość, poczucie beznadziejności, rozpacz i desperacji oraz poczucie winy. Młodzież dokonująca „zamachów samobójczych” przeżywa konflikty w wielu sferach życiowych, które są ściśle powiązane z występującymi w nich zaburzeniami. Napięcia odczuwane w związku

⁶ P. Kendall, Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji, GWP, Gdańsk 2004, s. 43-62.

⁷ Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2016, s. 10-11.

⁸ K. Kuberska – Przekwas, Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna, Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne, 2014, nr 1, s. 51-70.

⁹ B. Pilecka, Wybrane problemy samobójstw młodzieży, Lublin 1995.

z tym są uogólnione, przenoszone na nowe sfery, co powoduje powstawanie urazów i niemożność poradzenia sobie z innymi dziedzinami życia (...). Wiele osób przedstawiając przyczyny próby samobójczej czy takich zamiarów, mówi o poczuciu narastania problemów i kumulowania się negatywnych ocen sytuacji życiowej. Bezpośrednia przyczyna jest jedynie przepiętniem się ‘czary goryczy’”¹⁰

Badacze tłumaczą większą częstotliwość prób samobójczych w populacji ludzi młodych w grupie wiekowej 15-19 lat instrumentalnym charakterem autoagresji. Ponadto podkreślają mniejszą rolę wspierającą rodziny i szkoły (separacja i indywidualizacja w okresie dojrzewania i późnego dojrzewania) oraz czynniki rozwojowe w postaci gwałtownych zmian psychicznych i biologicznych. Są to czynniki powodujące zmniejszenie odporności na stres, a jednocześnie zwiększenie wrażliwości emocjonalnej, których efektem jest m.in. wzrastająca liczba depresji u młodzieży w okresie adolescencji, skutkująca próbami samobójczymi.¹¹

1.2. Dane epidemiologiczne

Wyniki badań prowadzonych w Europie (UE 27, Szwajcaria, Islandia i Norwegia) wskazują, że każdego roku 164,8 miliona mieszkańców Unii Europejskiej (38,2%) cierpi z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego.¹² Jak wynika z raportu, najczęstszymi zaburzeniami zdrowia psychicznego są: zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresja (6,9%), zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (>4%), ADHD (5%) u dzieci i młodzieży, demencja (1-30% w zależności od wieku).

Jeden z najważniejszych symptomów z obszaru zdrowia psychicznego, a mianowicie współczynnik zgonów z powodu samobójstw, jest wśród mężczyzn w Polsce (w 2016 r. 20,0/100 tys.) znacząco wyższy od średniego dla krajów UE (w 2015 r. 15,3/100 tys.) (współczynniki standaryzowane względem wieku). Natomiast współczynnik zgonów kobiet z tej przyczyny w Polsce (2,6/100 tys.) jest wielokrotnie niższy w porównaniu ze współczynnikiem zgonów mężczyzn i jest niższy od przeciętnego dla UE 28 (4,3/100 tys.).¹³ W żadnym z krajów Unii Europejskiej nie obserwuje się tak ogromnej trwałej dysproporcji między płciami.

¹⁰ E. Sulcka, A. Sumiła, Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży hospitalizowanych psychiatrycznie, [w:] Psychopatologia okresu dorastania, [red.] W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła, Kraków 2006, s. 200.

¹¹ K. Kuberska – Przekwas, op. cit.

¹² H. U. Wittchen et al., Size and Burden of Mental Disorders of the Brain in Europe 2010, European Neuropsychopharmacology 2011; t. 21 nr 9, s. 655-79.

¹³ B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania - synteza, PZH NIZP, Warszawa 2018.

Światowa Organizacja Zdrowia przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Zgodnie z dokumentem WHO pt. „Mental Health Action Plan 2013-2020” depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności w skali świata (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY). Szczególnie często występuje wśród dzieci i młodzieży. Na świecie choruje na nią ponad 350 mln ludzi.¹⁴

Samobójstwa stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów młodzieży w Polsce. W 2008 r. w grupie wieku 15-19 lat zamach samobójczy był przyczyną prawie co piątego zgonu (26% zgonów wśród chłopców i 16% wśród dziewcząt). Ogółem samobójstwa dzieci i młodzieży stanowiły 12,2% samobójstw w Polsce. Statystyki światowe wskazują, że od 10% do 20% dzieci i młodzieży cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne, a samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w tej grupie wieku.¹⁵ Niestety nie są dostępne poprawne metodologicznie, całościowe badania epidemiologiczne określające rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród polskich dzieci i młodzieży. Większość raportów dotyczących zdrowia psychicznego dotyczy osób dorosłych lub osób powyżej 15 r.ż., a w raportach zdrowia publicznego, w których zawarto dane na temat zdrowia dzieci i młodzieży, niewiele miejsca poświęca się tematyce zdrowia psychicznego.¹⁶

Zgodnie z „Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego” z 2018 r. (dane za 2016 r.) zapadalność rejestrowana w Wielkopolsce dla rozpoznanych z grupy „zaburzenia nastroju”, do których zalicza się depresję, wyniosła 8,6 tys., przy czym grupa wiekowa poniżej 18 r.ż. stanowiła 3,27% (średnia krajowa – 4,08%). W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców współczynnik zapadalności wyniósł 246,8 i był wyższy od średniej krajowej – 233,1. Zapadalność rejestrowana wśród kobiet w tej grupie wiekowej na 100 tys. kobiet wyniosła 59,6 przy średniej krajowej 74,4, a odpowiednio wśród mężczyzn 25,6 przy średniej krajowej 36,3.

Ciekawym punktem odniesienia do omawianego problemu zdrowotnego pozwalającym na zaprezentowanie skali problemu jest porównanie przez Modrzejewską i Bombę obrazu depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych (13-latków) na podstawie analizy wyników badań w latach 1984 i 2001.¹⁷ W obu porównywanych badaniach stwierdzono

¹⁴ WHO, Mental Health Action Plan 2013-2020, 2013.

¹⁵ Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r., GUS, US w Krakowie, Kraków 2011.

¹⁶ I. Tabak, Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów, Studia BAS, Nr 2(38) 2014, s. 113-138.

¹⁷ R. Modrzejewska, J. Bomba, Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych na podstawie analizy wyników badań za pomocą inwentarza objawowego IO „B1” w latach 1984

związane z płcią różnice w obrazie objawowym depresji. Większe nasilenie deklarowanych objawów zaburzeń nastroju, lęku oraz objawów somatycznych u dziewcząt, natomiast u chłopców – objawów obniżonego napędu i autodestrukcji. Wskaźniki rozpowszechnienia punktowego depresji na początku obecnego stulecia znacząco zmniejszyły się w populacji dziewcząt w porównaniu z latami osiemdziesiątymi XX w. (z 42,4% do 26,8%). W populacji chłopców nie stwierdzono tego rodzaju zmian (22,0% do 22,5%). Prawdopodobnie zmieniające się warunki społeczne wpłynęły na zróżnicowane u obu płci tendencje do nasilania się przede wszystkim autoagresji oraz zaburzeń poznawczych i napędu. Podobne wyniki autorzy uzyskali również w prospektywnym badaniu dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie dorostania.¹⁸

Natomiast w badaniu Dymowskiej i Nowickiej-Sauer w populacji 18-latków, uczniów klas maturalnych w 2015 r. częstotliwość zaburzeń depresyjnych wyniosła 25,7%.¹⁹ U 14,3% spośród badanych występowały myśli samobójcze, co w przypadku osób ze stwierdzoną depresją dotyczyło już 44,5%. Zaburzenia snu deklarowało 62,9%, nadużywanie alkoholu 25,7%. 7,1% badanych przyjmowało leki przeciwdepresyjne, przy czym w przypadku osób z depresją było to 16,7%. Ponadto w grupie osób z depresją problemy ze snem deklarowało 88,9%, a u 16,7% występowały objawy nadużywania alkoholu. Za najsilniejszego stresora badani uznali czynniki związane z funkcjonowaniem w szkole.

I.3. Opis obecnego postępowania

W zakresie leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży polski system ochrony zdrowia przechodzi aktualnie systemową zmianę. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2019.1285 ze zm.) wprowadziło 3 poziomy referencyjne świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

I poziom referencyjny to Ośrodek środowiskowej opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, w ramach którego ma funkcjonować Poradnia psychologiczna dla dzieci i młodzieży. Charakteryzuje go brak lekarza w składzie personelu. Świadczeniodawca udziela świadczeń ambulatoryjnych lub środowiskowych dzieciom przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, dzieciom i młodzieży objętym obowiązkiem

i 2001, Psychiatria Polska 2009, tom XLIII, nr 2, s. 175-182.

¹⁸ J. Bomba, R. Modrzejewska, Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie dorostania, Psychiatria Polska 2006, tom XL, nr 4, s. 683-693.

¹⁹ A. Dymowska, K. Nowicka-Sauer, Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny, Forum Medycyny Rodzinnej 2015, t. 9, nr 2, s. 124-126

szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącym się w szkołach ponadpodstawowych – do ich ukończenia, a także ich rodzinom lub opiekunom prawnym, z rozpoznaniem Z03 i Z03 z rozszerzeniami, na podstawie wyników diagnozy psychologicznej. Personel udzielający świadczeń w ramach zespołu terapeutycznego to: psycholog, psychoterapeuta i terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży. W zakres tych świadczeń wchodzi:

- porada psychologiczna diagnostyczna,
- porada psychologiczna
- sesja psychoterapii indywidualnej
- sesja psychoterapii rodzinnej
- sesja psychoterapii grupowej
- sesja wsparcia psychospołecznego
- wizyta, porada domowa lub środowiskowa, realizowana w ramach poradni psychologicznej przez osoby udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w ramach I poziomu referencyjnego

Zgodnie z informatorem o zawartych umowach WOW NFZ, dostępnym na stronie internetowej NFZ (odczyt z dnia 09.02.2022), w woj. wielkopolskim świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego udziela 8 świadczeniodawców w ramach 12 umów.

II poziom referencyjny to Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, w ramach którego ma funkcjonować Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży i Oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży. Świadczeniodawca udziela świadczeń w poradni zdrowia psychicznego bez skierowania i w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym ze skierowaniem, dzieciom przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, dzieciom i młodzieży objętym obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącym się w szkołach ponadpodstawowych – do ich ukończenia, z zaburzeniami psychicznymi określonymi rozpoznanymi chorobami według ICD-10 F.00-F99, z wyłączeniem ostrych zatruc F.10.0. Personel udzielający świadczeń w ramach zespołu terapeutycznego to: psycholog, specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, terapeuta zajęciowy, pedagog, logopeda, neurologopeda, dietetyk lub fizjoterapeuta, specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej, pielęgniarka, lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub inny wskazany w Rozporządzeniu. W zakres tych świadczeń wchodzi świadczenia z poziomu pierwszego oraz dodatkowo:

- świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne udzielane w oddziale dziennym,
- porada lekarska diagnostyczna,
- porada lekarska terapeutyczna

- porada lekarska kontrolna

Zgodnie z informatorem o zawartych umowach WOW NFZ, dostępnym na stronie internetowej NFZ (odczyt z dnia 09.02.2022), w woj. wielkopolskim nikt nie udziela ww. świadczeń w ramach II poziomu referencyjnego.

III poziom referencyjny to Ośrodek wysokospecjalistyczny całodobowej opieki psychiatrycznej, w ramach którego ma funkcjonować Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, Izba przyjęć w lokalizacji z osobnym działem przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy z osobnym działem przyjęć lub osobny dział przyjęć, Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży. Świadczeniodawca udziela świadczeń całodobowych stacjonarnie i ambulatoryjnie dzieciom przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, dzieciom i młodzieży objętym obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącym się w szkołach ponadpodstawowych – do ich ukończenia, z zaburzeniami psychicznymi określonymi rozpoznanymi chorobami według ICD-10 F.00-F99, z wyłączeniem ostrych zatruc F.10.0. Personel udzielający świadczeń w ramach zespołu terapeutycznego to: psycholog, specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, terapeuta zajęciowy, pedagog, logopeda, neurologopeda, dietetyk lub fizjoterapeuta, specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej, pielęgniarki, lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub inni wskazani w Rozporządzeniu. W zakres tych świadczeń wchodzi świadczenia z poziomu pierwszego i drugiego (oddział dzienny opcjonalnie) oraz dodatkowo:

- świadczenia w izbie przyjęć albo świadczenia w dziale przyjęć,
- świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży,
- w uzasadnionych przypadkach świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, w tym specjalistyczne programy diagnostyczno-terapeutyczne dla dzieci i młodzieży z rozpoznaniem autyzmu (F.84).

Zgodnie z informatorem o zawartych umowach WOW NFZ, dostępnym na stronie internetowej NFZ (odczyt z dnia 09.02.2022), w woj. wielkopolskim nikt nie udziela ww. świadczeń w ramach III poziomu referencyjnego.

Niezależnie w ramach rodzaju świadczenia „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” na terenie woj. wlkp. udzielane są następujące świadczenia dla dzieci i młodzieży:

1. „świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży” - 3 świadczeniodawców w ramach 3 zawartych z NFZ umów.
2. „Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci młodzieży” – 11 świadczeniodawców w ramach 11 zawartych z NFZ umów.
3. „Świadczenia psychiatryczne dla dzieci młodzieży” – 2 świadczeniodawców w ramach 2 zawartych z NFZ umów.

Regionalny program rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi

W ramach II poziomu referencyjnego oraz świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dzieci młodzieży realizowany jest produkt „turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi”. Zgodnie z § 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2019.1285 ze zm.) dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ze znacznym stopniem nieprzystosowania społecznego lub dla osób uzależnionych może być realizowany turnus rehabilitacyjny, nie częściej niż raz na 12 miesięcy, w ramach:

- A. świadczeń gwarantowanych, realizowanych w warunkach dziennych psychiatrycznych,
- B. świadczeń gwarantowanych ambulatoryjnych dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży (...) realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego).

Warunkiem realizacji turnusu rehabilitacyjnego jest przedstawienie przez świadczeniodawcę NFZ:

1. programu psychoterapeutycznego,
2. opinii właściwego państwowego inspektora sanitarnego o spełnieniu wymogów sanitarno-epidemiologicznych w pomieszczeniach, w których będą realizowane świadczenia w ramach turnusu rehabilitacyjnego,
3. wykazu osób uczestniczących,
4. terminu turnusu rehabilitacyjnego,
5. wykazu personelu realizującego świadczenia.

Świadczenia gwarantowane, które powinny zostać uwzględnione w ramach programu psychoterapeutycznego to:

1. sesja psychoterapii indywidualnej, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie podstawowych problemów i trudności świadczeniobiorcy w formie pomocy psychospołecznej

Personel:

osoba prowadząca psychoterapię lub

osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty

czas trwania min. 60 min.

2. sesja psychoterapii grupowej, stanowiąca element ustalonego planu leczenia prowadzona według określonej metody, realizowana z grupą 4 -12 osób, w formie psychoterapii grupowej

Personel:

osoba prowadząca psychoterapię lub

osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty

czas trwania: min. 60 min.

3. sesja wsparcia psychospołecznego, stanowiąca oddziaływanie psychospołeczne na jedną osobę lub w grupie 2 do 6 osób

Personel:

lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej, lub

lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub

lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub

lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub

lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub

lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub

specjalista psychologii klinicznej lub

psycholog kliniczny lub

psycholog lub

osoba prowadząca psychoterapię lub

osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.

czas trwania: min. 60 min.

Obecnie brak jest informacji o organizacji tego produktu przez podmioty realizujące umowy w ww. zakresach świadczeń gwarantowanych.

II. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Ograniczenie liczby prób samobójczych do 10% wśród osób uczestniczących w turnusie rehabilitacyjnym w okresie jego trwania i do 6 miesięcy po zakończeniu udziału wśród objętych świadczeniami opieki zdrowotnej z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz 3 miesięcy wśród nieobjętych takimi świadczeniami.

II.2 Cele szczegółowe

1) Wzrost u co najmniej 10% osób uczestniczących w Programie, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych sprawności psychicznej i społecznej,

2) Zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych, redukujących ryzyko podjęcia próby samobójczej, u co najmniej 75% uczestników Programu, poprzez prowadzone działania edukacyjne,

Wartości celów, głównego i szczegółowych, oszacowano na podstawie skuteczności interwencji zdrowotnych jako czynnika zapobiegającego samobójstwom u osób chorujących na

depresję, biorąc dodatkowo pod uwagę specyfikę choroby i deficytów przez nią wywoływanych oraz relatywnie krótki czas interwencji.

II.3 Mierniki

Tab. Nr 1. Mierniki efektywności realizacji Programu

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 działań edukacyjnych dla osób uczestniczących w turnusach rehabilitacyjnych w Programie	co najmniej 75% 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 sprawności psychospołecznej, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 10% uczestników	Wyniki w zakresie funkcjonowania psychologicznego na podstawie pytań z testu depresji o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), dostosowanego do wieku uczestników, wybranego przez realizatora (różnica pomiędzy wartością osiągniętą przez pacjenta na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od wzięcia udziału w turnusie rehabilitacyjnym i psychoterapii indywidualnej)

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

III.1. Demografia Województwa Wielkopolskiego

Województwo wielkopolskie zamieszkuje 3 496 450 mieszkańców, tj. ok. 9,1 % ludności Polski (dane na dzień 31 grudnia 2020 roku). Województwo jest pod względem liczby

mieszkańców trzecie co do wielkości w Polsce (po mazowieckim i śląskim). W województwie wielkopolskim 51,37% stanowią kobiety, a 48,63% mężczyźni. Osoby w wieku do 18 r.ż. to grupa licząca 681 826, w tym powyżej 13 r.ż. 178 601. Średni wiek mieszkańców wynosi 40,5 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców całej Polski. Prognozowana liczba mieszkańców wielkopolskiego w 2050 roku wynosi 3 287 926, z czego 1 676 672 to kobiety, a 1 611 254 mężczyźni.

III.2. Populacja docelowa

Do Programu włączone zostaną osoby w wieku od 13 do 18 roku życia dotknięte problemem zaburzeń nastroju z rozpoznaniem: epizod depresyjny (F32) i depresja nawracająca (F33), którzy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy nie korzystali z turnusu rehabilitacyjnego, o którym mowa w § 9 Rozporządzenia MZ z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. ze zm.).

Jak wykazano, próby samobójcze jako konsekwencja depresji pojawiają się jako istotne zjawisko po 12 r.ż. Ponadto zgodnie z załącznikiem nr 4 do ww. Rozporządzenia MZ z dnia 19 czerwca 2019 r. w przypadku oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci i młodzieży wskazany jest jego podział na pododdział dla dzieci do 13 r.ż. oraz pododdział młodzieżowy.

Zgodnie z danymi epidemiologicznymi można przyjąć, że problem depresji dotyczy ok. 20% młodzieży w grupie wiekowej 13-18 lat. Oznacza to, że populacja docelowa liczy 35 720 osób. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi zakłada się, że Program obejmie 120 uczestników rocznie, łącznie 360 osób z ww. grupy docelowej, które zgłoszą chęć uczestnictwa w Programie.

III.3. Kryteria włączenia

- wiek uczestnika: 13 r. do 18 r. życia łącznie;
- miejsce zamieszkania: województwo wielkopolskie;
- rozpoznanie w wywiadzie: zaburzeń nastroju w tym epizod depresji (F.32) oraz depresja nawracająca (F.33);
- pacjenci w wywiadzie nie korzystający w ciągu 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń turnusu rehabilitacyjnego, o którym mowa w § 9 Rozporządzenia MZ z dnia 19 czerwca 2019 r. ze zm.;
- w czasie trwania Programu można z niego korzystać wielokrotnie, z zachowaniem karencji 12 miesięcy i potwierdzeniem takiej potrzeby podczas indywidualnej konsultacji;

- zgoda opiekuna prawnego pacjenta do wzięcia udziału w Programie, w tym zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

III.4. Kryteria wyłączenia

- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym, np. ciężka depresja, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe;
- korzystanie ze świadczeń turnusu rehabilitacyjnego finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON z powodu epizodu depresji i/lub depresji nawracającej w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu (ma to na celu wyeliminowania podwójnego finansowania świadczeń u danego uczestnika programu na podstawie oświadczenia pacjenta).

III.5. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu

Świadczenia będą udzielane zgodnie z harmonogramem opisanym w pkt. IV.1. Muszą spełniać wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2019.1285 ze zm.) i być wykonywane w warunkach zapewniających odpowiedni komfort uczestnika Programu oraz obiektywność i efektywność oddziaływania diagnostyczno-terapeutycznego.

Będą to:

- 1) konsultacja - porada psychiatryczna, kwalifikująca do programu, wykonana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, która obejmuje:
 - 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,

Regionalny program rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi

- 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 specjalście 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
- 2) konsultacja - porada psychiatryczna, w okresie 2 miesięcy po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego i psychoterapii indywidualnej z wydaniem zaleceń dla uczestnika Programu wykonana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii
- 3) konsultacja – porada psychologiczna, kwalifikująca do programu, wykonana przez specjalistę psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psychologa z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej, obejmująca:
- wywiad psychologiczny (uwzględniający aktywność społeczną pacjenta),
 - zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta,
 - stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie,
 - dokonanie oceny funkcjonowania na podstawie testu depresji o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), dostosowanego do wieku uczestników, wybranego przez realizatora wraz z odnotowaniem wyników,
 - ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych i rodzinnych.
- 4) konsultacja - porada psychologiczna, w okresie 2 miesięcy po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego i psychoterapii indywidualnej z wydaniem zaleceń dla uczestnika Programu, wykonana przez specjalistę psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego

lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psychologa z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej,

- 5) sesja psychoterapii indywidualnej, wykonana przez osobę prowadzącą psychoterapię lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie podstawowych problemów i trudności świadczeniobiorcy w formie pomocy psychospołecznej, trwająca co najmniej 60 min.
- 6) sesja psychoterapii rodzinnej, wykonana przez osobę prowadzącą psychoterapię lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie podstawowych problemów i trudności świadczeniobiorcy w formie pomocy psychospołecznej, trwająca co najmniej 60 min.
- 7) turnus rehabilitacyjny, uwzględniający następujące świadczenia:
 - sesja psychoterapii grupowej, wykonana przez osobę prowadzącą psychoterapię lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, obejmująca trening redukcji stresu, budowanie umiejętności relaksacji psychofizycznej, radzenia sobie z emocjami, trening asertywności, itp., trwająca co najmniej 60 min.
 - sesja wsparcia psychospołecznego, wykonana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dziecięcej, lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub psychologa, lub specjalistę psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub osobę prowadzącą psychoterapię, lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, stanowiąca oddziaływanie psychospołeczne, trwająca co najmniej 60 min.
 - sesja zajęć edukacyjnych, wykonana przez osobę prowadzącą edukację zdrowotną, obejmująca 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), trwająca co najmniej 60 min.

III.6. Sposób zakończenia udziału w Programie

Realizator dopuszcza zakończenie udziału pacjenta w Programie na każdym jego etapie, odbywa się to na życzenie opiekuna prawnego bądź samego pacjenta, potwierdzone przez jego opiekuna prawnego.

W przypadku ukończenia pełnego cyklu programu pacjent i jego opiekun prawny:

- 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 3), której wyniki będą pomocne w ewaluacji Programu,
- kończy udział w Programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu Programu pacjent i jego opiekun prawny:

- 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

IV.1. Etapy i warunki organizacji Programu

W ramach Programu założono następujący harmonogram jego realizacji przez Realizatorów wyłonionych w ramach konkursu ogłoszonego przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego:

IV.1.1. Działania promocyjno-informacyjne mające na celu przeprowadzenie naboru do Programu

Podstawowym założeniem Programu jest równy dostęp mieszkańców województwa wielkopolskiego do udziału w Programie. W celu zagwarantowania tego niezbędne jest prowadzenie kampanii informacyjnej przez Organizatora i Realizatorów w równym zakresie na terytorium całego województwa. W tym celu konieczne jest wykorzystanie mediów tradycyjnych oraz elektronicznych oraz dotarcie z informacją na ten temat do podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych dla populacji docelowej.

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 Realizatorów, 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.

IV.1.2. Kwalifikacja do Programu

1. Konsultacja psychiatryczna

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 1 do Programu.

2. Konsultacja psychologiczna

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 Programie, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów. Formularz kwalifikacyjny przygotowany przez psychologa stanowi załącznik nr 2 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.

IV.1.3. Rehabilitacja uczestników

1. Opracowanie przez Realizatora programu psychoterapii indywidualnej dla uczestnika, uwzględniającego 12 sesji psychoterapii indywidualnej i 12 sesji psychoterapii rodzinnej (6 przed- i 6 po powrocie z turnusu rehabilitacyjnego), zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2019.1285 ze zm.),

2. Opracowanie przez Realizatora programu socjoterapeutycznego, do realizacji podczas turnusu rehabilitacyjnego dla wszystkich uczestników, uwzględniającego:

- 12 sesji psychoterapii grupowej, trwających min. 60 min, z min. 1 przerwą, dla grupy max. 12 osób, obejmujących trening redukcji stresu, budowanie umiejętności relaksacji psychofizycznej, radzenia sobie z emocjami, trening asertywności, itp.
- 6 sesji wsparcia psychospołecznego, trwających min. 60 min, dla grupy max. 6 osób, w oparciu o wybrane formy oddziaływania psychospołecznego, np. dialektycznej terapii behawioralnej (DBT) i terapii opartej na mentalizacji (MBT), terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR).
- 6 sesji zajęć edukacyjnych, trwających min. 60 min, dla grupy max. 6 osób, uwzględniających badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, składającego się z min. 10 pytań zamkniętych (realizowane z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji, tematyka spotkania zostanie szczegółowo zaplanowana przez realizującego je specjalistę, 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).
- zajęcia rekreacyjne, uwzględniające wycieczki turystyczno-krajoznawcze, zajęcia sportowe, kulturalno-oświatowe, zorientowane na relaks i integrację, itp.

3. Odbycie turnusu rehabilitacyjnego

IV.1.4. Weryfikacja efektów rehabilitacji

1. Konsultacja indywidualna lekarska i psychologiczna w okresie 2 miesięcy po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego i psychoterapii indywidualnej z wydaniem zaleceń dla uczestnika Programu.

IV.2. Szczegółowe wymagania do spełnienia przez Realizatora podczas udzielania świadczeń w Programie:

- Personel udzielający świadczeń zgodny z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2019.1285 ze zm.), wymienionych w pkt. III.5 Programu.
- Posiadanie opinii właściwego państwowego inspektora sanitarnego o spełnieniu wymogów sanitarno-epidemiologicznych w pomieszczeniach, w których będą realizowane świadczenia w ramach turnusu rehabilitacyjnego,

- Liczba uczestników turnusu rehabilitacyjnego przypadająca na jednego wychowawcę, spełniającego wymogi zapisane w § 8 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 8 lipca 1993 r. w sprawie rodzajów, organizacji i zasad działania publicznych placówek wypoczynku dla dzieci i młodzieży szkolnej nie może wynosić więcej niż 12 osób,
- Czas trwania turnusu rehabilitacyjnego - 14 dni,
- Program socjoterapeutyczny, opracowany zgodnie z pkt. IV.1.3. ust. 2.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu

V.1. Monitorowanie

Program będzie oceniany z częstotliwością dostosowaną do poszczególnych etapów jego realizacji oraz obligatoryjnie na zakończenie Programu. Podstawą oceny będą sprawozdania okresowe i końcowe z realizacji „Regionalnego programu rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi” stanowiące załączniki nr 4 i 5.

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

Ocenić podlegać będzie:

- 1) zgłaszalność do Programu raz do roku oraz całościowo na zakończenie Programu poprzez analizę:
 - liczby osób uczestniczących w badaniach lekarskich i psychologicznych kwalifikujących do Programu,
 - liczby osób zakwalifikowanych do Programu,
 - liczby osób uczestniczących w turnusach rehabilitacyjnych,
 - 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 liczby 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) jakość świadczeń udzielanych w Programie raz do roku oraz całościowo na zakończenie Programu poprzez:

- analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników Programu (załącznik nr 3),
- 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) liczba osób, które podjęły próby samobójcze w trakcie i 6 miesięcy po zakończeniu udziału wśród objętych świadczeniami opieki zdrowotnej z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz 3 miesięcy wśród nieobjętych takimi świadczeniami po zakończeniu Programu. Pozyskanie informacji nt. liczby osób, które podjęły próby samobójcze nastąpi na podstawie bezpośredniego kontaktu telefonicznego z opiekunem prawnym uczestnika Programu.

V.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, 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 osób uczestniczących w turnusach rehabilitacyjnych 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 przed i po realizacji Programu, a o wadze osiągniętych efektów stanowi

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 1 678 380,00 zł na rok 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 oraz doświadczenia Organizatora w zakresie finansowania wyjazdowych pobyków połączonych z oddziaływaniem psychoterapeutycznym w ramach profilaktyki selektywnej dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem uzależnień. 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 pośrednie ponoszone przez Realizatorów wyłonionych w postępowaniu konkursowym, uwzględniające organizację, promocję i monitorowanie Programu, stanowić będą 10% kosztów bezpośrednich, natomiast promocja i ewaluacja Programu przez Organizatora będzie zorganizowana zgodnie z Wytycznymi i sfinansowana poza Programem.

VI.1. Koszty jednostkowe

Na koszt jednego uczestnika wynoszący 12670 zł składają się:

- 1) Pierwsza konsultacja psychiatryczna kwalifikująca do Programu – 250 zł
- 2) Pierwsza konsultacja psychologiczna kwalifikująca do Programu – 200 zł
- 3) sesja psychoterapii Indywidualna – 250 zł (razem 3000 zł)
- 4) sesja psychoterapii rodzinnej – 250 zł (razem 3000 zł)
- 5) sesja psychoterapii grupowej – 150 zł (razem 1800 zł)
- 6) sesja wsparcia psychospołecznego – 110 zł (razem 660 zł)
- 7) sesja zajęć edukacyjnych – 60 zł (razem 360 zł)
- 8) osobdzień turnusu rehabilitacyjnego uwzględniający koszty noclegu, wyżywienia i zajęć rekreacyjnych – 200 zł (razem 2800 zł)
- 9) wynagrodzenie wychowawcy – 150 zł

10) Kontrolna konsultacja psychiatryczna w okresie 2 miesięcy po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego – 250 zł

11) Kontrolna konsultacja psychologiczna w okresie 2 miesięcy po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego – 200 zł.

Tab. Nr 2. Koszty jednostkowe Programu ogółem.

Interwencja	Koszt jednostkowy (zł)
Konsultacja psychiatryczna kwalifikująca do Programu	250,00
Konsultacja psychologiczna kwalifikująca do Programu	200,00
Indywidualna sesja terapeutyczna (12 sesji)	3000,00
Rodzinna sesja terapeutyczna (12 sesji)	3000,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w sesji psychoterapii grupowej (12 sesji)	1800,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w sesji wsparcia psychospołecznego (6 sesji)	660,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w sesji zajęć edukacyjnych (6 sesji)	360,00
Osobodzeń turnusu rehabilitacyjnego (14 dni)	2800,00
Wynagrodzenie wychowawcy	150,00
Kontrolna konsultacja psychiatryczna	250,00
Kontrolna konsultacja psychologiczna	200,00

VI.2. Koszty całkowite

Tab. Nr 3. Koszty bezpośrednie Programu ogółem w podziale na poszczególne elementy

Koszty bezpośrednie Programu w podziale na poszczególne interwencje. Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Konsultacja psychiatryczna kwalifikująca do Programu	120	osoba	250	30 000,00
Konsultacja psychologiczna kwalifikująca do Programu	120	osoba	200	24 000,00
Indywidualna sesja terapeutyczna (12 sesji)	120	osoba	3000	360 000,00
Rodzinna sesja terapeutyczna (12 sesji)	120	osoba	3000	360 000,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w sesji psychoterapii grupowej (12 sesji)	120	osoba	1800	216 000,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w sesji wsparcia psychospołecznego (6 sesji)	120	osoba	660	79 200,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w sesji zajęć edukacyjnych (6 sesji)	120	osoba	360	43 200,00

Regionalny program rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi

Osobodzień turnusu rehabilitacyjnego (14 dni)	120	osoba	2800	336 000,00
Wynagrodzenie wychowawcy (max. 12 osób)	10	grupa	1800	18 000,00
Kontrolna konsultacja psychiatryczna	120	osoba	250	30 000,00
Kontrolna konsultacja psychologiczna	120	osoba	200	24 000,00
Koszty Programu (bezpośrednie)				1 520 400,00

Tab. Nr 4. Koszty bezpośrednie Programu w 2026 r.

Koszty bezpośrednie Programu	Liczba	% ogółu	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Rok 2026			1 678 380,00		
Rehabilitacja uczestników Programu	120	100	osoba	12670,00	1 520 400,00
Koszt konsultacji psychiatrycznych i psychologicznych wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w Programie)	12	100	osoba	450,00	5 400,00
Koszty Programu (bezpośrednie)			1 525 800,00		

Koszty bezpośrednie Programu szacuje się na poziomie 1 525 800,00 zł, co po doliczeniu 10% kosztów pośrednich tj. kwoty 152 580,00 zł, daje całkowity koszt realizacji Programu w roku 2026 w wysokości 1 678 380,00 zł.

VI.3. Źródło finansowania

Budżet Województwa Wielkopolskiego

Bibliografia

1. Bomba J., Depresja młodzieńcza [w:] Psychiatria dzieci i młodzieży, I. Namysłowska (red.), PZWL, s. 266-279.
2. Bomba J., Modrzejewska R., Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie dorastania, Psychiatria Polska 2006, tom XL, nr 4, s. 683-693.
3. Dymowska A., Nowicka-Sauer K., Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny, Forum Medycyny Rodzinnej 2015, t. 9, nr 2, s. 124-126.
4. Kendall P., Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji, GWP, Gdańsk 2004, s. 43-62.
5. Kuberska – Przekwas K., Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna, Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne, 2014, nr 1, s. 51-70.
6. Modrzejewska R., Bomba J., Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych na podstawie analizy wyników badań za pomocą inwentarza objawowego IO „B1” w latach 1984 i 2001, Psychiatria Polska 2009, tom XLIII, nr 2, s. 175-182.
7. Pilecka B., Wybrane problemy samobójstw młodzieży, Lublin 1995.
8. Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2016, s. 10-11.
9. Rola J., Depresja u dzieci, APS, Warszawa 2001, s. 22-35.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2019.1285 ze zm.)
11. Sokołowska M., Założenia ogólne, definicje [w:] Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja, C. Czabała (red), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2000.
12. Sulska E., Sumiła A., Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży hospitalizowanych psychiatrycznie, [w:] Psychopatologia okresu dorastania, [red.] W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła, Kraków 2006, s. 200.
13. Szymańska J., Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa, 2012
14. Tabak I., Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów, Studia BAS, Nr 2(38) 2014, s. 113-138.
15. Wakefield J.C., Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder, "Psychological Review" 1992, t. 99, nr 2, s. 232-247.
16. WHO, Mental Health Action Plan 2013-2020, 2013.
17. Wittchen H. U. et al., Size and Burden of Mental Disorders of the Brain in Europe 2010, European Neuropsychopharmacology 2011; t. 21 nr 9, s. 655-79.

18. Wojtyniak B., Goryński P. (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania - synteza, PZH NIZP, Warszawa 2018.
19. Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r., GUS, US w Krakowie, Kraków 2011.

Spis tabel

Tab. Nr 1.	Mierniki efektywności realizacji Programu.
Tab. Nr 2.	Koszty jednostkowe Programu ogółem.
Tab. Nr 3.	Koszty bezpośrednie Programu ogółem w podziale na poszczególne elementy.
Tab. Nr 4.	Koszty bezpośrednie Programu w 2026 roku.

.....
Nazwa realizatora Programu

.....
miejsowość, data

**Formularz kwalifikacji uczestników
do „Regionalnego programu rehabilitacji młodzieży 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 rehabilitacji (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 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń turnusu rehabilitacyjnego, o którym mowa w § 9 Rozporządzenia MZ z dnia 19 czerwca 2019 r. ze zm., finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON
- inne (jakie?)

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 potwierdzające niekorzystanie przez pacjenta w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń zdrowotnych w formie turnusu rehabilitacyjnego, o którym mowa w § 9 Rozporządzenia MZ z dnia 19 czerwca 2019 r. ze zm., finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON.
- Załącznik nr 2 – zgoda na udział w Programie, przetwarzanie danych osobowych oraz potwierdzenie obowiązku informacyjnego.
- Załącznik nr 3 – oświadczenie 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

Oświadczam, że nie korzystałem/am w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń zdrowotnych w formie turnusu rehabilitacyjnego, o którym mowa w § 9 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2019.1285 ze zm.), finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON.

.....
Czytelny podpis opiekuna prawnego

Załącznik nr 2 do formularza kwalifikacyjnego

ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE REHABILITACJI MŁODZIEŻY Z ZABURZENIAMI DEPRESYJNYMI

.....
Imię i nazwisko pacjenta:

.....
Pesel:

.....
Adres zamieszkania:

Deklaracja uczestnictwa w projekcie pn. „Regionalny program rehabilitacji młodzieży 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 udziałw 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 opiekuna prawnego

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowychw zakresie realizacji programu pn. „Regionalny program rehabilitacji młodzieży 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 opiekuna prawnego

Załącznik nr 3 do formularza kwalifikacyjnego

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

proszę o wypełnienie następujących oświadczeń:

1. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o stanie zdrowia pacjenta 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 opiekuna prawnego

2. Oświadczenie o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta 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 opiekuna prawnego

Miejscowość, Data:

.....
realizatora Programu

..... Nazwa
miejscowość, data

**Formularz kwalifikacji uczestników
do „Regionalnego programu rehabilitacji młodzieży 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 depresji o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), dostosowanego do wieku uczestników, 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*

.....

Podpis i pieczęć osoby kwalifikującej

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3

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

I. Ocena sposobu umówienia terminu poszczególnych interwencji oferowanych w Programie				
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
II. Ocena świadczeń lekarskich				
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
III. Ocena świadczeń psychologicznych				
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?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
IV. Ocena świadczeń psychoterapeutycznych				
Jak Pan(i) ocenia:				
• uprzejmość i życzliwość psychoterapeutów?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• poszanowanie prywatności podczas zajęć?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• staranność i dokładność wykonywania świadczeń?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• sposób przekazywania informacji?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
V. Ocena warunków panujących w siedzibie realizatora Programu				
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?				

Regionalny program rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi

Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• wyposażenie gabinetów?				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
VI. Ocena warunków panujących podczas turnusu rehabilitacyjnego				
Jak Pan(i) ocenia (proszę zakreślić):				
• organizację pobytu (nocleg, wyżywienie, zajęcia poza terapeutyczne)				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
• organizację świadczeń (zajęć terapeutycznych, edukacyjnych)				
Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
VII. Dodatkowe uwagi/opinie:				

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Załącznik nr 4

.....
Nazwa realizatora Programu

.....
miejsowość, data

Sprawozdanie okresowe z realizacji „Regionalnego programu rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi” za

Lp.	Wskaźniki	Liczba
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 rodzinnych sesji terapeutycznych	
6	Zorganizowane turnusy rehabilitacyjne	
7	Pacjenci biorący udział w turnusie rehabilitacyjnym	
8	Pacjenci korzystający w trakcie turnusu rehabilitacyjnego z:	
7	• psychoterapii grupowej	
8	• wsparcia psychospołecznego	
9	• działań edukacyjnych	
10	Pacjenci rezygnujący z udziału w Programie	
11	Przeprowadzone indywidualne sesje terapeutyczne	
12	Przeprowadzone rodzinne sesje terapeutyczne	
13	Przeprowadzone sesje psychoterapii grupowej	
14	Przeprowadzone sesje wsparcia psychospołecznego	
15	Przeprowadzone sesje zajęć edukacyjnych	

.....
podpis osoby odpowiedzialnej

Załącznik nr 5

.....
Nazwa realizatora Programu

.....
miejsowość, data

Sprawozdanie końcowe z realizacji „Regionalnego programu rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi” za

Lp.	Wskaźniki	Liczba
1	Osoby uczestniczące w Programie	
2	Pacjenci rezygnujący z udziału w Programie	
3	Pacjenci, którzy podjęli próby samobójcze	
4	Pacjenci, u których nastąpił wzrost sprawności psychicznej	
5	Pacjenci, u których nastąpił wzrost sprawności społecznej	
6	Pacjenci, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu działań zdrowotnych	
7	Pacjenci uczestniczący w badaniach kwalifikujących lekarskich	
8	Pacjenci uczestniczący w badaniach kwalifikujących psychologicznych	
9	Pacjenci korzystający z indywidualnych sesji terapeutycznych	
10	Pacjenci korzystający z rodzinnych sesji terapeutycznych	
11	Zorganizowane turnusy rehabilitacyjne	
12	Pacjenci biorący udział w turnusie rehabilitacyjnym	
13	Pacjenci korzystający w trakcie turnusu rehabilitacyjnego z:	
14	• psychoterapii grupowej	
15	• wsparcia psychospołecznego	
16	• działań edukacyjnych	

.....
podpis osoby odpowiedzialnej