

„Program psychiatryczny terapeutyczno - rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów”

Okres realizacji Programu:

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	1
I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu	3
1. Opis problemu zdrowotnego	3
2. Dane epidemiologiczne	8
3. Opis obecnego postępowania	11
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	15
5. Komplementarność z działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym.....	17
II. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji	18
1. Cel główny.....	18
2. Cele szczegółowe	18
3. Mierniki efektywności	19
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji .	19
1. Populacja docelowa	19
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie	20
2.1 Kryteria włączenia	20
2.2 Kryteria wyłączenia	20
3. Planowane interwencje	20
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu	21
5. Tryb zapraszania do Programu	22
6. Sposób zakończenia udziału w Programie	22
IV. Organizacja Programu	23
1. Etapy i działania podejmowane w ramach Programu	23
2. Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	23
V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu	24
1. Monitorowanie.....	24
2. Ewaluacja.....	24
VI. Budżet Programu	25
1. Koszty jednostkowe.....	25
2. Koszty całkowite	25
3. Źródła finansowania	25
Spis tabel:	25
Bibliografia	25
Załącznik nr 1	27
Załącznik nr 2	28
Załącznik nr 3	29
Załącznik nr 4	30
Załącznik nr 5	31
Załącznik nr 6	32
Załącznik nr 7	33
Załącznik nr 8	34
Załącznik nr 9	35

Wykaz skrótów

CZP - Centrum Zdrowia Psychicznego

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

GUS - Główny Urząd Statystyczny

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

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence

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

NPZ - Narodowy Program Zdrowia

Program - Program psychiatryczny terapeutyczno - rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów

Organizator – Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu

WHO – World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu

1. Opis problemu zdrowotnego

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

W Polsce coraz większa liczba Polaków zmagają się z zaburzeniami psychicznymi oraz ich niekorzystnymi następstwami dla ogólnego funkcjonowania. Zgodnie z danymi GUS z 2023 r. liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem wyniosła 1,96 mln. osób i była wyższa o 4,3 % osób w stosunku do 2021 r. i o 14,5 % osób więcej niż w 2019 r. W przeliczeniu na 100 tys. ludności Polski wskaźnik ogółem pacjentów leczonych w poradniach psychiatrycznych wynosił 5 169 osób na 100 tys. ludności i był wyższy o 234 osoby niż w 2021 r., a także był wyższy (o 719 osób) w porównaniu do 2019 r., przed pandemią COVID-19. W przekroju wojewódzkim wskaźnik ten był najwyższy w województwie mazowieckim (8222, ale mniej o 348 osób niż w 2021 r.), a najniższy w województwie wielkopolskim (3267). Największy wzrost wskaźnika w porównaniu do 2021 r., odnotowano w województwach: lubuskim (wskaźnik – 5832, wzrost o 1189 osób na 100 tys. ludności województwa), kujawsko-pomorskim (wskaźnik – 6340, wzrost o 860 osób na 100 tys. ludności) i pomorskim (wskaźnik – 5458, wzrost o 796 osób na 100 tys. ludności). W 2022 r. największy udział stanowiły rozpoznania zaliczane do grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – 87,7% ogółu zarejestrowanych pacjentów w poradniach psychiatrycznych (tj. 1 714,8 tys. osób, o 4,1% więcej niż w 2021 r., i o 15,5% więcej niż w 2019 r.). Dla tej grupy chorób wskaźnik ogółem liczby osób leczonych na poziomie kraju wynosił – 4533 przypadków na 100 tys. ludności i był o 197 osób wyższy niż w 2021 r. i o 667 przypadków wyższy niż w 2019 r. W przekroju wojewódzkim najwyższy wskaźnik na 100 tys. ludności zanotowano w województwie mazowieckim (7301 pacjentów na 100 tys. ludności), a najniższy w wielkopolskim (2717)¹. Natomiast dane wynikające z Map Potrzeb Zdrowotnych pokazują, że liczba leczonych na zaburzenia psychiczne w roku 2023 bez uzależnień wyniosła blisko 1,6 mln pacjentów, same uzależnienia stwierdzono u 271 tys. pacjentów. Udzielono 10,16 mln porad, zrealizowano 12,42 mln osobodni, a liczba hospitalizacji wyniosła 253 tys. W Wielkopolsce zaburzenia psychiczne stwierdzono u 150,78 tys. pacjentów, bez uzależnień u 128,61 tys. w tym na rzecz kobiet

¹ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r. Warszawa, Kraków 2024 GUS analizy statystyczne

w 59,98 %. Udzielono 921 tys. porad ambulatoryjnych, hospitalizowano 24,7 tys. pacjentów, którzy skorzystali z 1,14 mln. osobodni².

Choroba psychiczna jest zaburzeniem powodującym zagrożenie ograniczenia lub zniesienia równowagi pozwalającej na prawidłowe funkcjonowanie życiowe i zaspokajanie potrzeb człowieka. Choroba psychiczna najczęściej dotyka ludzi młodych, w pełni sił życiowych i zawsze łączy się z cierpieniem. Schizofrenia to zaburzenie psychiczne występujące u około 1 % populacji. W 2023 r. w Polsce schizofrenię stwierdzono u 152,06 tys. pacjentów w tym u kobiet w 48,17 % i stanowi 9,38 % wszystkich zaburzeń psychicznych w przy czym wskaźnik na 100 tys. pacjentów kształtował się na poziomie 494,16. Psychozy inne niż schizofrenia stwierdzono u 16,6 tys. pacjentów, natomiast wskaźnik na 100 tys. pacjentów kształtował się na poziomie 53,99. Natomiast w Wielkopolsce schizofrenię stwierdzono u 9,6 tys. pacjentów w tym u kobiet w 47,47 % i stanowi 6,34 % wszystkich zaburzeń psychicznych, przy wskaźniku na 100 tys. na poziomie 356,63 pacjentów, psychozy inne niż schizofrenia stwierdzono u 1119 osób przy wskaźniku na 100 tys. na poziomie 42,4 pacjentów³. Przyczyny schizofrenii są złożone i nie w pełni znane. Chorzy i ich bliscy często o nie pytają. W tak zwanym modelu biopsychospołecznym rozwoju schizofrenii uwzględniono m.in.: czynniki biologiczne (w tym genetyczne), psychologiczne, społeczne i środowiskowe, które zgodnie z obecną wiedzą medyczną mogą wpływać na wystąpienie tej choroby i jej obraz kliniczny. Ryzyko zachorowania jest większe w rodzinach, w których u krewnych pierwszego stopnia (np. rodzice, rodzeństwo, dzieci) rozpoznano schizofrenię. Jednak w zależności od tego, który z członków najbliższej rodziny jest chory, ryzyko jest bardzo zróżnicowane. Na przykład w przypadku występowania schizofrenii u obojga rodziców ryzyko zachorowania dziecka sięga 46%, podobnie duże ryzyko dotyczy bliźniaków jednojajowych (48%). Natomiast w przypadku schizofrenii występującej tylko u jednego z rodziców lub u rodzeństwa niebliźniaczego ryzyko to wynosi odpowiednio: 6% i 9%. Jeżeli jeden z bliźniaków dwujajowych choruje na schizofrenię, to ryzyko jej rozwoju u drugiego sięga 17%. Ta „podatność” (m.in. genetyczna) na chorobę nie musi jednak oznaczać, że ona wystąpi, a rozwój choroby zależy od współdziałania wielu różnych czynników.

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

Do objawów pozytywnych należą objawy wytwórcze - to zaburzenia spostrzegania (omamy) i rozumienia (urojenia); Urojenia to zaburzenia myślenia zniekształcające albo kreujące rzeczywistość. Chory widzi rzeczy lub wydarzenia, które w rzeczywistości nie istnieją, albo nieadekwatnie odbiera i przeżywa rzeczywistość. Jego przekonania są bardzo mocne, nikt nie

² Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego
<https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization/>

³ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego
<https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization/>

jest w stanie mu wyjaśnić (rodzina, lekarz), że się myli. Pacjent wierzy, że są one prawdziwe, a osoby, które starają się mu „wmówić, że jest inaczej”, włącza w swój świat urojeń i traktuje jak wrogów. W przebiegu schizofrenii mogą wystąpić m.in. urojenia ksobne, prześladowcze, urojenia odsłonięcia oraz oddziaływania.

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

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

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

- abulia (tj. „bezczyność” jako efekt braku zdolności czy ograniczonej zdolności do planowania i podejmowania działań o określonym, złożonym celu),
- anhedonia (zmniejszona zdolność lub brak zdolności do odczuwania przyjemności),
- aspontaniczność (spadek, utrata spontaniczności zachowań i uczuć),

- bierność, apatia, zubożenie wypowiedzi (wypowiadanie się pojedynczymi słowami o ubogiej treści, małe zróżnicowanie wypowiedzi),
- awolicja (brak własnej woli czy jej ograniczenie),
- spowolnienie ruchowe, mniejsza dbałość o siebie.

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

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

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

Kolejny przykład zaburzeń nastroju u chorych na schizofrenię to tzw. depresja popsychotyczna (czy poschizofreniczna) – tj. epizod depresji, który rozwija się w trakcie złagodzenia objawów lub po ustąpieniu ostrych objawów psychozy. U cierpiących na tę chorobę dominują: smutek lub obojętność, zmniejszenie radości życia i aktywności życiowej, utrata zainteresowań. Konieczna jest wówczas szczególnie czujna obserwacja pacjenta pod kątem ewentualnych myśli i/lub tendencji samobójczych.

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

Jak wspomniano, schizofrenia może przybierać postać: paranoidalną, hebefreniczną, katatoniczną, prostą, rezydualną i niezróżnicowaną. W schizofrenii paranoidalnej dominują objawy pozytywne (objawy wytwórcze) – urojenia i omamy. W schizofrenii hebefrenicznej (zdezorganizowanej) górują niedostosowanie i objawy dezorganizacji w zakresie myślenia, afektu oraz zachowania (zachowanie nieprzewidywalne, chaotyczne, infantylne, mowa rozkojarzona). W schizofrenii katatonicznej przeważają stany tzw. osłupienia lub pobudzenia katatonicznego. Chory zazwyczaj nie nawiązuje kontaktu z otoczeniem, milczy, pozostaje w stanie „osłupienia katatonicznego” (skrajny bezruch, „zastyganie” w różnych pozycjach).

Ośłupienie katatoniczne może nagle przechodzić w stan bardzo silnego pobudzenia psychoruchowego – pacjent wykonuje ruchy chaotyczne, bez celu – po czym ponownie „zastyga” w ośłupieniu. W schizofrenii prostej nie występują objawy pozytywne (wytwórcze); ta postać choroby zaczyna się powoli, a stopniowo narastające objawy negatywne są przyczyną załamania linii życiowej. W schizofrenii rezydualnej dominują tzw. przewlekłe objawy resztkowe (rezydualne) o w miarę stabilnym i niewielkim nasileniu, które utrzymują się przez dłuższy czas z wyraźną przewagą objawów negatywnych; w przeszłości u osób na nią cierpiących wystąpił co najmniej jeden epizod choroby z objawami wytwórczymi. Schizofrenię nieodróżnicowaną cechuje brak przewagi jednych objawów nad innymi i ich zmienność. Taki obraz choroby nie pozwala rozpoznać u pacjenta żadnej z omawianych wcześniej postaci schizofrenii.

Wśród chorych na schizofrenię ocenia się, że ryzyko samobójstwa wynosi średnio około 10%; jest ono większe u mężczyzn i u osób w młodym wieku. Zwiększa się także w przypadku częstych nawrotów choroby z przewagą objawów pozytywnych i przy utracie wiary w rezultaty leczenia. Większe ryzyko samobójstwa wiąże się również z występowaniem omówionej powyżej depresji poschizofrenicznej.⁴ Dane na temat liczby samobójstw są gromadzone przez Komendę Główną Policji. Jak wynika z dostępnych statystyk, łączna liczba zamachów samobójczych wyniosła w 2021 r. 13,8 tys., w tym samobójstw dokonanych – 5201. Zamachy samobójcze zakończyły się zgonem wśród 4413 mężczyzn oraz 787 kobiet. Najczęstszym sposobem dokonania zamachu samobójczego było powieszenie się (stanowiące 78%), rzucenie się z wysokości (ok. 7%) oraz rzucenie się pod pojazd w ruchu (prawie 3%), a najrzadziej dokonywano zamachu przez zatrucie środkami odurzającymi. Najczęstsze ustalone przyczyny zamachów samobójczych zakończonych zgonem to choroba psychiczna albo zaburzenia psychiczne oraz nieporozumienia rodzinne lub przemoc w rodzinie. A w latach 2022, 2023 łączna liczba zamachów samobójczych wzrosła odpowiednio do 14,5 tys., i do 15,1 tys. w tym samobójstw dokonanych – 5108 w 2022 r. i 5233 w 2023 r.. Dane uzyskane w badaniu EZOP II odnoszą się również do zachowań samobójczych. Badanie wykazało, że 1,5% osób potwierdziło, że kiedykolwiek w życiu miało myśli samobójcze, natomiast po ekstrapolacji na populację można szacować, że ponad 110 tys. dorosłych podejmowało próby samobójcze.⁵

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

⁴ Opracowanie lek. med. Paweł Brudkiewicz

⁵ Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 wprowadzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030

Tab. Nr 1 Wykaz jednostek chorobowych zawarto w poniższej tabeli⁶.

(F20-29) Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe
F20 Schizofrenia
• F20.0 Schizofrenia paranoidalna
• F20.1 Schizofrenia hebefreniczna
• F20.2 Schizofrenia katatoniczna
• F20.3 Schizofrenia niezróżnicowana
• F20.4 Depresja poschizofreniczna
• F20.5 Schizofrenia rezydualna
• F20.6 Schizofrenia prosta
• F20.8 Schizofrenia innego rodzaju
• F20.9 Schizofrenia, nie określona
F21 Zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe)
F22 Uporczywe zaburzenia urojeniowe
• F22.0 Zaburzenie urojeniowe
• F22.8 Inne uporczywe zaburzenia urojeniowe
• F22.9 Uporczywe zaburzenie urojeniowe, nieokreślone
F23 Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
• F23.0 Ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne bez objawów schizofrenii
• F23.1 Ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne z objawami schizofrenii
• F23.2 Ostre zaburzenie psychotyczne podobne do schizofrenii
• F23.3 Inne ostre zaburzenie psychotyczne z przewagą urojeń
• F23.8 Inne ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
• F23.9 Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, nie określone
F24 Indukowane zaburzenie urojeniowe
F25 Zaburzenia schizoafektywne
• F25.0 Zaburzenie schizoafektywne, typ maniakalny
• F25.1 Zaburzenie schizoafektywne, typ depresyjny
• F25.2 Zaburzenie schizoafektywne, typ mieszany
• F25.8 Inne zaburzenia schizoafektywne
• F25.9 Zaburzenia schizoafektywne, nieokreślone
F28 Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
F29 Nieokreślona psychoza nieorganiczna

2. Dane epidemiologiczne

2.1 Demografia Województwa wielkopolskiego

Województwo wielkopolskie zamieszkuje 3,55 mln mieszkańców, tj. ok. 9,3 % ludności Polski (dane na 2024 rok). Województwo jest pod względem liczby mieszkańców trzecie co do wielkości w Polsce (po mazowieckim i śląskim). W województwie wielkopolskim 51,4 % stanowią kobiety, a 48,6% mężczyźni. Średni wiek mieszkańców wynosi 41,6 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców całej Polski⁷. W strukturze ludności według ekonomicznych grup wieku widoczny jest postępujący powolny proces starzenia się populacji

⁶ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2022 [csioz.gov.pl].

⁷ Bank danych lokalnych, GUS [bdl.stat.gov.pl.]

województwa wielkopolskiego. Podobnie jak w kraju obserwowany jest tu systematyczny wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. W 2023 r. liczebność tej grupy wiekowej zwiększyła się o 13,8 tys. osób, tj. o 1,9%. Mimo, że odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w ciągu roku wzrósł o 0,4 p.proc. do 21,8%, nadal był jednym z najniższych udziałów w kraju (za województwami małopolskim – 21,4% i pomorskim – 21,6%). Liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym zmniejszyła się o 7,4 tys. osób, tj. o 1,1%.. Udział tej zbiorowości zmniejszył się o 0,2 p.proc. do 19,4% względem roku poprzedniego, jednak nadal był to jeden z wyższych wyników w kraju ustępując w tym aspekcie jedynie województwu pomorskiemu (19,6%). Bardziej obniżyła się liczba ludności w wieku produkcyjnym (o 12,0 tys. osób, tj. o 0,6%), a jej odsetek obniżył się o 0,2 p.proc. do 58,8%, co dawało 4 lokatę wśród województw.⁸ Wskaźnik obciążenia demograficznego (osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym), kształtował się w Wielkopolsce w 2024 roku na poziomie 30 osób i jest nieco niższy niż wskaźnik dla całej Polski, który wynosi 32 %. Najniższy poziom wskaźnik osiągnął w powiecie poznańskim i w powiecie leszczyńskim⁹.

Na przestrzeni ostatnich kilku lat ludność województwa nieznacznie się zmniejszyła tym samym województwo dołączyło do województw depopulacyjnych. W 2023 r. liczba mieszkańców regionu obniżyła się o 5600 osób natomiast w 2022 roku o 6500 osób. Tym samym stopa ubytku rzeczywistego osiągnęła – 0,16 % wobec - 0,34 % w kraju. Przyrost naturalny w województwie wielkopolskim spada od 2019 r. gdzie jeszcze był na plusie 0,92 na 1000 ludności przy - 0,7/1000 ludności dla całego kraju¹⁰. Nie napawa to optymizmem gdyż niedostatecznie wzrastająca liczba urodzeń, przy jednoczesnym wydłużaniu się przeciętnego dalszego trwania życia, w przypadku utrzymania się obecnych trendów, skutkować będzie w perspektywie najbliższych lat zmianą struktury ludności województwa wielkopolskiego. O ile ludność w 2019 r. stanowiła w wieku produkcyjnym 60,44% populacji województwa, zaś osoby w wieku poprodukcyjnym – 19,88 o tyle w roku 2050 będzie to już odpowiednio 53,2% i 30,5%, dodatkowo w grupie osób w wieku poprodukcyjnym ponad 11% stanowić będą osoby co najmniej 80-letnie^{11,12}. Prognozowana liczba mieszkańców województwa wielkopolskiego właśnie w 2050 roku ma wynieść blisko 3,3 mln, z czego 1,68 mln to kobiety, a 1,61 mln mężczyźni¹³. W województwie wielkopolskim populacja osób w wieku 65 lat i więcej zwiększyła się w ciągu roku o 2,8% i w 2023 r. objęła 652,1 tys. (wśród mężczyzn wzrost wyniósł 3,2%, a w grupie kobiet – 2,6%). W zbiorowości osób starszych obserwuje się przewagę liczebną kobiet – ich udział wyniósł 59,3%, tj. o 0,1 p. proc. mniej niż w 2022 r. Liczniejsza grupa

⁸ „Sytuacja demograficzna województwa wielkopolskiego w 2023 r.”

⁹ Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl dostęp 05.08.2025 r.

¹⁰ Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]

¹¹ Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. U. St. w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]

¹² Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. U. St. w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]

¹³ Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. U. St. w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]

ludności w wieku 65 lat i więcej mieszkała w miastach (61,0% wobec 39,0% na wsi). Symptodem wskazującym na starzenie się społeczeństwa jest wzrost współczynnika starości demograficznej. W 2023 r. udział osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności wyniósł 18,7%, tj. o 0,5 p. proc. więcej niż przed rokiem. Niższy poziom wskaźnika obserwowano jedynie w małopolskim (18,3%) i pomorskim (18,6%). Najwyższą jego wartość zanotowano natomiast w świętokrzyskim (22,5%) i łódzkim (22,4%). Wyżej niż przeciętnie w województwie wielkopolskim współczynnik kształtował się w grupie kobiet (21,5%, tj. o 0,5 p. proc. więcej niż 2022 r.) oraz wśród mieszkańców miast (21,5%; tj. o 0,6 p. proc. więcej). W zbiorowości mężczyzn wskaźnik ten wyniósł 15,7% (o 0,5 p. proc. więcej niż rok wcześniej), a wśród mieszkańców wsi – 15,5% (o 0,4 p. proc. więcej).¹⁴

Niedostateczna liczba urodzeń, przy jednoczesnym wydłużaniu się przeciętnego dalszego trwania życia, w przypadku utrzymania się obecnych trendów, skutkować będzie w perspektywie najbliższych lat zmianą struktury ludności województwa wielkopolskiego i tym samym możemy spodziewać się bardzo poważnych konsekwencji w zakresie zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, w tym dotyczące zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, a także możliwości pokrycia kosztów zwiększającego się popytu na usługi społeczne¹⁵.

2.2 Problem zaburzeń psychicznych na świecie i w Polsce

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

Według danych WHO na zaburzenia psychiczne i zachowania obecnie cierpi ok. 970 mln ludzi, co oznacza znaczny wzrost zachorowań na stany lękowe i depresyjne w wyniku pandemii odpowiednio o 26 % i 28 % co stanowi 8,25% ludności świata. Każdego roku blisko 1 mln osób popełniło samobójstwo (0,015% ludności świata), a ok. 25 mln (0,39% ogółu) cierpi na schizofrenię z czego ponad połowa nie otrzymuje odpowiedniej opieki, ok. 25 mln choruje na epilepsję, a więcej niż 90 mln (1,4% ogółu) cierpi z powodu uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Ponadto w jednej na cztery rodziny występuje przynajmniej jedna osoba z zaburzeniami psychicznymi. Około 340 mln ludzi cierpi na depresję, a zaledwie 30% z nich objętych jest odpowiednią opieką¹⁶.

W Polsce liczba osób leczących się z powodu problemów zdrowia psychicznego według danych GUS z 2023 r. oscylowała w okolicy 1,96 mln. Jednakże należy spodziewać się, iż faktyczna liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jest znacznie

¹⁴ Sytuacja demograficzna województwa wielkopolskiego w 2023 r.”

¹⁵ Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. U. St. w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl]

¹⁶ WHO Mental Health Action Plan [who.int; dostęp:]

wyższa.¹⁷ Natomiast dane wynikające z Map Potrzeb Zdrowotnych pokazują, że liczba leczonych na zaburzenia psychiczne w roku 2023 wyniosła 1,6 mln osób, przy czym liczba hospitalizacji chorych na schizofrenię kształtowała się na poziomie 26,8 tys. (w tym 41,68 % kobiet), a pacjentów z pozostałymi psychozami innymi niż schizofrenia hospitalizowano 4,5 tys. (w tym 51,08 % kobiet). Z poradni zdrowia psychicznego skorzystało 129 tys. pacjentów chorych na schizofrenię, z pozostałymi psychozami 18,6 tys. pacjentów¹⁸. W obliczu rosnącej zapadalności na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania obowiązkiem władz publicznych jest walka o fundamentalne zmiany w systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zagadnienia z zakresu promocji i ochrony zdrowia psychicznego, a także generowane przez powyższą tematykę problemy społeczne, powinny być traktowane zarówno przez administrację rządową, jak i samorządową, jako priorytetowe. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania generują olbrzymie koszty, których wysokość szacuje się na 3% do 4% produktu krajowego brutto. Koszty świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień finansowanych ze środków publicznych NFZ, wyniosły w 2024 roku ok. 6 mld zł. Stanowi to ok. 3,27 % wszystkich kosztów ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na świadczenia zdrowotne. Leczenie schizofrenii pochłania łącznie 23% (1,38 mld zł) całości nakładów, z czego na zakłady stacjonarne i opiekuńcze przypada blisko 88%. Wielkość nakładów na schizofrenię czterokrotnie przekracza kwotę przypadającą na pozostałe zaburzenia schizotypowe i ponad dwukrotnie (2,4) – na zaburzenia afektywne¹⁹. Ponadto w 2023 r. odnotowano wzrost liczby zwolnień lekarskich o 8,7 % z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w stosunku do 2022 r., łącznie wystawiono 1,4 mln zaświadczeń.

3. Opis obecnego postępowania

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

¹⁷ Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2024

¹⁸ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization1>

¹⁹ Dane z NFZ

celu wyposażenie chorego z zaburzeniami psychicznymi w umiejętności fizyczne, intelektualne i emocjonalne potrzebne do życia, uczenia się i pracy w społeczności, przy możliwie najmniejszym wsparciu ze strony osób i instytucji zawodowo zajmujących się pomaganiem.

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

Tab. Nr 2 Szczegółowy zakres świadczeń.

Zakres świadczenia	Opis	Rozpoznanie
		(F20-F29)
Świadczenia w trybie ambulatoryjnym i leczenia środowiskowego		
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	Porady, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii, w tym: - porada lekarska diagnostyczna, terapeutyczna, kontrolna - porada psychologiczna - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja wsparcia psychospołecznego - wizyta, porada domowa lub środowiskowa.	tak
Świadczenia psychologiczne	Porady lub sesje psychoterapii, w tym: - porada lekarska diagnostyczna, terapeutyczna, kontrolna - porada psychologiczna - 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 - wizyta, porada domowa lub środowiskowa - wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową - sesja wsparcia psychospołecznego.	tak
Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	Diagnostyka, leczenie oraz wczesna rehabilitacja osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, w tym psychotycznymi.	tak
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych	Rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. Działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.	tak
Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne	Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia.	tak
Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	Diagnostyka i leczenie osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi.	tak
Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie	Diagnostyka i leczenie osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, u których jest konieczna jednoczesna diagnostyka i leczenie towarzyszących schorzeń somatycznych lub leczenie gruźlicy oraz innych towarzyszących chorób zakaźnych.	tak
Świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych	Leczenie chorych na przewlekłe lub oporne na terapię zaburzenia psychiczne, w szczególności psychotyczne.	tak
Świadczenia psychogeriatryczne	Diagnostyka i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniami procesów poznawczych, zwykle powyżej 60 roku życia.	tak
Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	Wczesna lub późna rehabilitacja osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, leczonych z powodu utrwalonych zaburzeń funkcjonowania życiowego lub znacznego ryzyka powstania takich zaburzeń.	tak
Świadczenia opiekuńczo–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
	Opieka, pielęgnacja i rehabilitacja oraz leczenie chorych ze znacznymi i	

Świadczenia pielęgnacyjno–opiekuńcze psychiatryczne	utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach.	tak
Świadczenia w opiece domowej lub rodzinnej	Długotrwały program rehabilitacyjny dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, oraz ze znacznym stopniem nieprzystosowania, polegający na ich umieszczeniu w warunkach domowych pod opieką wybranych rodzin i pod nadzorem szpitala.	tak
Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych	Wykonywane wyłącznie w ramach świadczeń: Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych Świadczenia psychiatryczne dla przewlekłe chorych Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie Świadczenia psychogeriatryczne Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej.	tak
Świadczenia stacjonarne w izbie przyjęć	Udzielane całodobowo w trybie nagłym, w tym świadczenia diagnostyczno–terapeutyczne, niezakończone hospitalizacją w oddziale lub pobytem w ośrodku lub zakładzie.	tak

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

Ponadto dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień mogą być realizowane turnusy rehabilitacyjne w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych, dziennych psychiatrycznych, a także ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (nie częściej niż raz na 12 miesięcy)²⁰. Świadczenia zdrowotne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są również w ramach pilotażu w Centrach Zdrowia Psychicznego, który wprowadzono w 2018 r. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego). Pilotaż, który pierwotnie miał trwać 3 lata, został wydłużony do końca 2026 roku (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego). Początkowo wyznaczono 29 CZP, jednak pilotaż był rozszerzany, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego do pilotażu włączono 117 CZP, które objęły opieką 15,5 mln osób co stanowi 50,6 % populacji kraju. Docelowo ma powstać ich ok. 300,

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz. U. 2024 poz. 1226].

obejmując działalnością obszar całego kraju²¹. Centrum zdrowia psychicznego to Ośrodek pomocy, do którego należy poradnia zdrowia psychicznego, oddział dzienny, łóżka kryzysowe na wypadek, gdyby konieczną formą pomocy była hospitalizacja, zespół leczenia domowego. Do założeń centrów zdrowia psychicznego należą: zintegrowana płatność w formie ryczałtu na populację, zwiększona dostępność do świadczeń, integracja form opieki, koordynacja pomocy, opieka specjalistów z różnych dziedzin, zindywidualizowane podejście do pacjenta, współpraca ze służbami pomocy społecznej i POZ, zmiana roli opieki szpitalnej na interwencję pomocniczą. Oddział psychiatryczny i miejsce udzielania pomocy doraźnej mogą być zlokalizowane poza obszarem działania centrum, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia odpowiedniej dostępności publicznym transportem zbiorowym.²²

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 psychicznego²³ za ochronę zdrowia psychicznego odpowiedzialne są organy władzy rządowej i samorządowej, a także instytucje do tego powołane. Celem ochrony zdrowia psychicznego są m.in. promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, a także kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości oraz przeciwdziałania ich dyskryminacji.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Konsekwencją zaburzeń psychicznych jest obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Działania, które zaproponowano w Programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności oraz wykluczeniu z rynku pracy mieszkańców województwa wielkopolskiego dotkniętych problemem schizofrenii oraz innych schorzeń przebiegających z objawami psychotycznymi. Podjęcie tych działań uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi dla województwa wielkopolskiego, które wskazują łączną liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi. Liczba ta wynosi 150,78 tys. pacjentów, bez uzależnień 128,61 tys. w tym 59,98 % stanowią kobiety. Pacjentom udzielono 921 tys. porad ambulatoryjnych, hospitalizowano 24,7 tys. pacjentów, którzy skorzystali z 1,14 mln osobodni.²⁴ Działania te

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852, z późn. zm.).

²² Prawo.pl Monika Stelmach 9.05.2025 r..

²³ Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 poz. 917).

²⁴ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?>

uzasadniają również wskaźniki finansowe w zakresie wydatków ponoszonych przez ZUS z tytułu świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Tylko dane za 2023 r. wskazują na znaczny wzrost liczby zwolnień lekarskich tj. o 8,7 % z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w stosunku do 2022 r. łącznie wystawiono 1,4 mln zaświadczeń²⁵.

Dane epidemiologiczne dla województwa wielkopolskiego w zakresie zaburzeń psychicznych nie napawają optymizmem. Umieralność w województwie z tej przyczyny jest o ok. 15% wyższa, niż w przypadku średniej dla całego kraju, osiągając tym samym 8 miejsce wśród wszystkich regionów Polski. Ponadto zapadalność rejestrowana w Polsce w 2023 r. wyniosła 15,8 tys. przypadków. Natomiast współczynnik zapadalności dla Polski wyniósł na 100 tysięcy ludności 38,1. Natomiast dla Wielkopolski zapadalność rejestrowana wyniosła 1271 przypadków, a współczynnik zapadalności na 100 tysięcy wyniósł 36,5. Tym samym zapadalność rejestrowana pozostaje wyższa w województwie od średniej dla całej Polski, która wynosi 918,75 natomiast dla Wielkopolski 1271,64²⁶. W 2023 roku w województwie wielkopolskim odnotowano 2770 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako schizofrenia i inne choroby przebiegające z psychozą, co stanowiło 11,49 % wszystkich hospitalizacji. W 2023 roku liczba leczonych na schizofrenię wyniosła 9052, natomiast chorych z pozostałymi psychozami było 909. Tyle też chorych leczonych było w poradniach psychiatrycznych i zespołach leczenia środowiskowego.²⁷ Problem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania znajduje swoje odzwierciedlenie negatywne także na rynku pracy. Wskazane wyżej dane stanowią bezsprzeczne uzasadnienie dla podjęcia działań planowanych w ramach niniejszego Programu. Przywrócenie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności psychofizycznej, a także zdolności do podejmowania lub kontynuowania aktywności zawodowej oraz czynnego uczestnictwa w życiu społecznym pacjentom z problemem zaburzeń psychicznych możliwe jest dzięki podejmowaniu kompleksowych działań rehabilitacyjnych. Istotną przeszkodę w osiągnięciu pełnych rezultatów rehabilitacji medycznej stanowi bardzo niski odsetek pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej. Relacja osób korzystających z tego rodzaju świadczeń finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w odniesieniu do wszystkich osób leczonych z tego tytułu, wynosi mniej niż 0,1%²⁸. 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

²⁵ Dane liczbowe ZUS 2024 r.

²⁶ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego [mpz.mz.gov.pl;]

²⁷ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego
<https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization>

²⁸ Dane Narodowego Funduszu Zdrowia

pozwoli na zwiększenie dostępu do działań z zakresu profilaktyki wtórnej dla osób z populacji docelowej. Zarząd Województwa Wielkopolskiego planuje kontynuowanie działań w zakresie objętym Programem w odpowiedzi na niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza i obserwowaną sytuację zdrowotną oraz w odpowiedzi na wprowadzone dokumenty tj. Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2025-2030²⁹ oraz Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030³⁰ - Cel strategiczny „Poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców Województwa Wielkopolskiego oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu” Cel operacyjny 2. Wczesne wykrywanie i ograniczanie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych.

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

Program nastawiony jest na opiekę środowiskową, skierowany do chorych na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi. Program stanowi kontynuację terapii osób wypisanych z oddziałów całodobowych i dziennych, w których są pobyty limitowane. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień szczegółowo określa z jakich świadczeń i w jakim okresie mogą korzystać pacjenci z określonym rozpoznaniem z zakresu chorób psychicznych³¹. Do Programu włączone będą osoby, dla których niewystarczające również jest leczenie ambulatoryjne. Narzucenie limitów świadczeń i ograniczanie możliwości skorzystania z innych form pomocy przyczyni się w znacznym stopniu do częstszych nawrotów choroby i konieczności korzystania z hospitalizacji, która jest mało dostępna i znacznie droższa. Program ma również zapewnić ciągłość i kompleksowość świadczeń.

5. Komplementarność z działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym

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

- Regionalnym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2025-2030³².

²⁹ Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2025-2030

³⁰ Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030

³¹ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz. U. 2024 poz. 1226]

³² Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2025-2030

- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim³³ – priorytet 2: Optymalizacja organizacji ochrony zdrowia w zakresie kompleksowej opieki medycznej w województwie wielkopolskim.
Podejmowanie współpracy różnych środowisk specjalistów w celu zapewnienia różnych zdeinstytucjonalizowanych form opieki i pomocy pacjentom z zaburzeniami psychicznymi.
- Strategią Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku³⁴ – cel operacyjny 2.2. Przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniom. Działania zawarte w strategii uwzględniają realizację programów dotyczących profilaktyki zdrowotnej.
- Polityką zdrowotną Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030³⁵ - Cel strategiczny „Poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców województwa wielkopolskiego oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”, cel operacyjny 2. Wczesne wykrywanie i ograniczanie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych.

II. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

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

2. Cele szczegółowe

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

Wartości wszystkich celów oszacowano na podstawie dotychczasowych doświadczeń w realizacji programu polityki zdrowotnej w latach 2014-2025.

³³ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim – Wielkopolski Urząd Wojewódzki

³⁴ Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku

³⁵ Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030

3. Mierniki efektywności

- liczba pacjentów zgłaszających się do Programu,
- liczba pacjentów korzystających z poszczególnych procedur realizowanych w ramach Programu,
- liczba pilnych interwencji u pacjentów korzystających z Programu związanych z pogorszeniem stanu zdrowia,
- liczba hospitalizacji pacjentów korzystających z Programu,
- liczba osób u których nastąpiła poprawa stanu psychicznego,
- liczba osób u których nastąpiła poprawa jakości życia w obszarze czynności życia codziennego,
- liczba osób u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu działań zdrowotnych,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie,
- liczba osób które powróciły do Programu,
- liczba osób zadowolonych z udziału w Programie.

II. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

1. Populacja docelowa

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

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie

2.1 Kryteria włączenia

- do Programu będą przyjmowane osoby u których rozpoznano schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi, które wymagają stałej rehabilitacji i aktywizacji (wzór Formularz kwalifikacji uczestników do Programu stanowi załącznik nr 2),

- podstawą kwalifikacji do Programu będzie stwierdzenie wskazań do udziału oraz zgoda pacjenta do wzięcia udziału w Programie, w tym zgoda na przetwarzanie danych osobowych (wzór zgody pacjenta stanowi załącznik nr 3).

2.2 Kryteria wyłączenia

- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej, np. ciężka depresja, zaostrzenie objawów psychotycznych wymagających hospitalizacji pacjenta;
- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych (ma to na celu wyeliminowanie podwójnego finansowania świadczeń u danego uczestnika Programu - na podstawie oświadczenia pacjenta).

3. Planowane interwencje

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

- Psychoedukacja mająca na celu:
 - czynne zapobieganie nawrotom choroby,
 - wypracowanie u pacjentów akceptacji choroby psychicznej,
 - rozpoznawanie objawów psychotycznych i radzenia sobie z nimi.
- Terapia grupowa, na którą składają się regularne, systematycznie powtarzane zajęcia, które poprzez konkretny charakter, z góry określoną tematykę, a także różne formy zachęcania do udziału, wpływają pozytywnie na zainteresowanie i umiejętność współpracy.
- Terapia zajęciowa, której celem jest wyrabianie nawyków codziennej aktywności, pomaganie pacjentom w rozwijaniu własnych możliwości, dostarczanie okazji do kierowania aktywnością i pokonywanie bierności i zależności od otoczenia. Uczestnicy terapii pod kierunkiem terapeuty wykonują zadania zmierzające do poprawy sprawności życiowej koniecznej do samodzielnego funkcjonowania społecznego.
 - Zajęcia prowadzone będą zgodnie z indywidualnym programem przygotowanym dla każdego uczestnika.
 - Zajęcia w ramach Programu powinny odbywać się w co najmniej 3 pracowniach.
- Socjoterapia, której celem jest sam chory (np. jego nieumiejętność współdziałania z otoczeniem) lub układy społeczne, które go otaczają (np. rodzina, społeczność lokalna), jeżeli przez swą dysfunkcjonalność wyzwalają, potęgują lub utrwalają objawy choroby.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu

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

5. Tryb zapraszania do Programu

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

6. Sposób zakończenia udziału w Programie

Zakończenie udziału pacjenta w Programie następuje w przypadku rezygnacji z Programu lub wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu.

Realizator dopuszcza zakończenie udziału pacjenta w Programie na każdym jego etapie, odbywa się to na życzenie samego pacjenta.

- W przypadku zakończenia Programu pacjent:
 - otrzymuje wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego,
 - zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych,
 - zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik nr 6), której wyniki będą pomocne w ewaluacji Programu,
 - kończy udział w Programie.
- W przypadku rezygnacji z Programu pacjent:
 - zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w Programie (brak uzyskania pełnej efektywności działań rehabilitacyjnych w zakresie poprawy stanu zdrowia i jakości życia),
 - zostaje poinformowany o możliwości powrotu do Programu, pod warunkiem pozytywnego zakwalifikowania,
 - zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.
- W przypadku czasowego pogorszenia stanu zdrowia niepozwalającego na udział w Programie pacjent:
 - zostaje poinformowany o możliwości powrotu do Programu pod warunkiem pozytywnego zakwalifikowania i dostępności miejsc,
 - zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.

III. Organizacja Programu

1. Etapy i działania podejmowane w ramach Programu

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

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

Osoby realizujące Program:

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

- lekarze psychiatrzy, psycholodzy, psychoterapeuci, osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, pedagodzy oraz terapeuci zajęciowi, terapeuci środowiskowi, pracownicy socjalni.

Warunki lokalowe i wyposażenie:

Procedury realizowane będą w siedzibie Realizatora Programu w pomieszczeniach przygotowanych do ich przeprowadzenia tj. salach dla co najmniej 12 osób wyposażonych w sprzęt audiowizualny, w których przeprowadzone będą zajęcia psychoedukacyjne, terapia

grupowa i socjoterapia oraz z min. 3 pracowni wyposażonych w charakterystyczny dla danej pracowni sprzęt.

IV. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu

1. Monitorowanie

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

2. Ewaluacja

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

Ewaluacja Programu będzie opierała się na ocenie wartości wszystkich mierników efektywności.

V. Budżet Programu

Na realizację Programu zaplanowano 706 860 zł na 2026 rok.

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

1. Koszty jednostkowe

Jednostkowy koszt każdej procedury to 30 zł/osobę czyli ogółem koszt procedury wyniesie 360 zł przy założeniu, że skorzysta z niego max. liczba pacjentów, tj. 12 osób. Zakłada się sfinansowanie 1785 procedur w roku.

2. Koszty całkowite

Koszt roczny Programu: 706 860 zł, w tym:

- koszty bezpośrednie: 1785 świadczeń x 360 zł = 642 600 zł
- koszty pośrednie (promocja, obsługa programu, itp.): 10% kosztów bezpośrednich tj. kwota 64 260 zł.

3. Źródła finansowania

Budżet Województwa Wielkopolskiego.

Spis tabel:

Tab. Nr 1 Wykaz jednostek chorobowych.

Tab. Nr 2 Szczegółowy zakres świadczeń.

Bibliografia

1. Bank danych lokalnych, GUS {bdl.stat.gov.pl}.

2. Dane z NFZ.
3. Centrum Dobrej Terapii – lek. med. Paweł Brudkiewicz.
4. Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2023.
5. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa wielkopolskiego [mpz.mz.gov.pl;].
6. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2022 [csioz.gov.pl; dostęp 05.08.2025].
7. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 wprowadzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.
8. Opracowanie lek. med. Paweł Brudkiewicz.
9. Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030.
10. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim – Wielkopolski Urząd Wojewódzki.
11. Prawo.pl Monika Stelmach 9.05.2025 r.
12. Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa wielkopolskiego. Urząd statystyczny w Poznaniu, Poznań 2025.
13. Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2025-2030.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z dnia 27 kwietnia 2018 r. [Dz. U. 2024 poz. 875].
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz. U. 2024 poz. 1226].
16. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2024, GUS (stat.gov.pl).
17. „Sytuacja demograficzna województwa wielkopolskiego w 2023 r.”
18. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 poz 685).
19. Urząd Statystyczny w Poznaniu [poznan.stat.gov.pl].
20. WHO Mental Health Action Plan [who.int; dostęp:].
21. Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku.
22. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.

Załącznik nr 1

.....
pieczęć podmiotu kierującego

.....
miejsowość, data

**SKIEROWANIE
DO PROGRAMU PSYCHIATRYCZNEGO TERAPEUTYCZNO-
REHABILITACYJNEGO POŁĄCZONEGO Z AKTYWIZACJĄ PACJENTÓW**

.....
nazwa poradni

Proszę o włączenie do Programu:

Panią
(Pana).....

Adres.....

.....
PESEL □□□□□□□□□□.

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

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

Informacja o braku przeciwwskazań

.....

.....

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

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

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

1. Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

2. Pesel:

.....

3. Adres zamieszkania:

.....

4. Podstawa przyjęcia do Programu:

• Skierowanie

•

5. Rozpoznanie jednostki chorobowej wg ICD 10:

.....

.....

6. Choroby współistniejące:

.....

.....

.....

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

.....

.....

Podpis osoby kwalifikującej

*niepotrzebne skreślić

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

.....
Imię i Nazwisko:

.....
Pesel:

.....
Adres zamieszkania:

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

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

.....
Miejscowość, data złożenia podpisu

.....
Podpis - imię i nazwisko

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

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

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się z informacją nt. przetwarzania danych osobowych obowiązujących w

(nazwa realizatora Programu)

.....
Miejscowość, data złożenia podpisu

.....
Podpis Imię i nazwisko

.....
Nazwa realizatora Programu

.....
miejsowość, data

Indywidualny Program Terapeutyczny:

- Imię i nazwisko pacjenta:
.....
- Pesel:
.....
- Adres zamieszkania:
.....
- Rozpoznanie jednostki chorobowej wg ICD 10:
.....
- Choroby współistniejące:
.....
- Analiza historii dotychczasowego leczenia:
.....
.....
.....
- Szczegółowa analiza problemów i objawów oraz zakresu funkcjonowania pacjenta oraz określenie potrzeb pacjenta w zakresie terapii. (przed rozpoczęciem terapii):
.....
.....
.....
- Dobór metod terapeutycznych do określonych dolegliwości, funkcjonalności i potrzeb pacjenta:
 - Psychoedukacja: tak* nie*
 - Terapia grupowa: tak* nie*
 - Terapia zajęciowa: tak* nie*
 - Socjoterapia: tak* nie*
- Modyfikacja planu terapeutycznego: zmiana metod terapeutycznych w dniu:

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

*niepotrzebne skreślić

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

- PRZED ROZPOCZĘCIEM UDZIAŁU W PROGRAMIE

Proszę o odpowiedź na poniższe pytania poprzez zaznaczenie krzyżykiem:

1. **Czy radzisz sobie w obszarze czynności życia codziennego?:**
 - nie radzę sobie
 - radzę w niewielkim stopniu
 - radzę sobie
2. **W jakim stanie jest Twoje zdrowie psychiczne?:**
 - z złym stanie
 - w dobrym stanie
3. **Jak wyglądają Twoje relacje z innymi ludźmi?:**
 - mam problem z nawiązaniem relacji z innymi ludźmi
 - nie mam problemu z nawiązywaniem relacji z innymi ludźmi
4. **Jaki jest stopień poczucia Twojej wartości?:**
 - brak poczucia własnej wartości
 - niski poziom własnej wartości
 - wysoki poziom własnej wartości
5. **Czy Jesteś zadowolony z życia?:**
 - nie jestem zadowolony z życia
 - jestem zadowolony z życia
6. **Czy aktywnie spędzasz wolny czas?:**
 - nie, nie spędzam
 - tak spędzam
7. **Czego oczekujesz z udziału w Programie? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):**
 - łatwiejszego radzenia sobie z problemami psychicznymi
 - zwiększenia motywacji do leczenia
 - wiary, że mogę coś osiągnąć
 - zwiększenia pewności siebie
 - poprawy moich kontaktów z ludźmi
 - inne (jakie?)
 -
 -
8. **Jakie są Twoje oczekiwania w zakresie treści, które mają być przekazane w ramach działań edukacyjnych? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):**
 - czynne zapobieganie nawrotom choroby
 - wypracowanie akceptacji choroby psychicznej
 - rozpoznawanie objawów psychotycznych i radzenie sobie z nimi
 - inne, ważne z Twojego punktu widzenia, (jakie?):
 -
 -
 -

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

– PO ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W PROGRAMIE

Proszę o odpowiedź na poniższe pytania poprzez zaznaczenie krzyżykiem:

- 1. Jak oceniasz zaangażowanie terapeutów realizujących Program**
 - bardzo zaangażowani
 - wystarczająco zaangażowani
 - mało zaangażowani
 - zupełnie niezaangażowani
- 2. W jakim stopniu Program przyczynił się do poprawy jakości Twojego życia w obszarze czynności życia codziennego?**
 - zdecydowanie poprawił
 - częściowo poprawił
 - niewiele poprawił
 - nie poprawił
- 3. W jakim stopniu udział w Programie poprawił Twoje zdrowie psychiczne?**
 - znacząco poprawił
 - częściowo poprawił
 - niewiele poprawił
 - nie poprawił
- 4. Na które z wymienionych elementów składających się na dobre funkcjonowanie Program wpłynął w największym stopniu?**
 - relacje z ludźmi
 - poczucie własnej wartości
 - zadowolenie z życia
 - aktywne spędzanie wolnego czasu
- 5. Uczestnictwo w Programie:**
 - pomogło mi w radzeniu sobie z problemami psychicznymi
 - zmotywowało mnie do leczenia
 - uwierzyłam/uwierzyłam, że mogę coś osiągnąć
 - zwiększyło moją pewność siebie
 - poprawiło moje kontakty z ludźmi
 - niczego nie zmieniło w moim życiu
- 6. W jakim stopniu uzyskałeś/aś wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych (np.: w zakresie: czynnego zapobiegania nawrotom choroby, wypracowania u pacjentów akceptacji choroby psychicznej, rozpoznawania objawów psychotycznych i radzenia sobie z nimi)?**
 - uzyskałem wzrost wiedzy w dużym stopniu
 - uzyskałem wzrost wiedzy w niewielkim stopniu
 - nie uzyskałem wzrostu wiedzy
- 7. W jakim stopniu udział w Programie spełnił Twoje oczekiwania?**
 - w bardzo wysokim stopniu
 - spełnił wystarczająco
 - spełnił częściowo
 - nie spełnił
- 8. W jakim stopniu jesteś zadowolony z udziału w Programie?**
 - bardzo zadowolony
 - zadowolony
 - raczej zadowolony
 - nie zadowolony

.....
Nazwa realizatora

Harmonogram planowanych procedur w miesiącu 2026 r.					
Lp.	Nazwisko i imię prowadzącego	Daty planowanej procedury	liczba pacjentów	Rodzaj procedury	Podpis prowadzącego
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

.....
miejsowość i data

.....
podpis osoby odpowiedzialnej

.....
Nazwa realizatora Programu

.....
miejsowość, data

**Sprawozdanie okresowe z realizacji „Programu psychiatrycznego terapeutyczno -
rehabilitacyjnego połączonego z aktywizacją pacjentów”
za miesiąc 2026 rok**

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

.....
podpis osoby odpowiedzialnej

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

**Sprawozdanie końcowe z realizacji „Programu psychiatrycznego terapeutyczno -
rehabilitacyjnego połączonego z aktywizacją pacjentów”
za 2026 rok**

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

.....
podpis osoby odpowiedzialnej