



Województwo
Śląskie

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022

Podstawa prawna realizacji Programu:

Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1938, 2110, 2217 i 2361)

Katowice 2018



**Fundusze
Europejskie**
Program Regionalny



Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Nazwa programu:

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022

Okres realizacji Programu: 2019-2022

Autorzy programu:

Samorząd Województwa Śląskiego

przy współpracy z ekspertami:

dr hab. n. o zdr. Monika Bąk-Sosnowska

dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka

dr hab. n. o zdrowiu Tomasz Holecki

dr hab. n. o zdrowiu Piotr Romaniuk

Dane kontaktowe:

Zarząd Województwa

ul. Ligonia 46

40-037 Katowice

telefony: +48 (32) 20 78 290, 287

faxy: +48 (32) 20 78 291

Data opracowania programu:

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów.....	4
I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	5
1. Opis problemu zdrowotnego	5
2. Dane epidemiologiczne	13
3. Opis obecnego postępowania	31
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu polityki zdrowotnej.....	38
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki jego efektywności	43
1. Cel główny	43
2. Cele szczegółowe	43
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	44
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	45
1. Populacja docelowa.....	45
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	48
3. Planowane interwencje.....	50
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	58
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	59
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	59
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	59
2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	60
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	62
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	64
1. Koszty jednostkowe	64
2. Koszty całkowite	66
3. Źródło finansowania, partnerstwo	67
Bibliografia.....	68
Spis rycin.....	70
Spis tabel	70

Wykaz skrótów

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

CZP - Centrum Zdrowia Psychicznego

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

GUS - Główny Urząd Statystyczny

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

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence

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

NPZ - Narodowy Program Zdrowia

WHO – World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Z zaburzeniami psychicznymi oraz ich następstwami dla ogólnego funkcjonowania zmaga się coraz większa liczba Polaków. Zgodnie z danymi GUS z 2015r. liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem wyniosła 1 593 125 osób. W okresie 2010–2015 względna liczba leczonych (na 100 tys. ludności) wzrosła o 12,7%. Najczęstszymi problemami zdrowotnymi wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną, oraz zaburzenia nastroju (afektywne). W ciągu wskazanego wyżej okresu wskaźnik osób leczonych z powodu tych dwóch grup zaburzeń znacząco wzrósł – odpowiednio o 23,8% i 24%¹. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 umieszcza omawiane jednostki chorobowe w kategorii zaburzeń psychicznych i behawioralnych (Tabela 1)².

Tab. 1. Zaburzenia psychiczne wg Międzynarodowej Klasyfikacji ICD – 10.

Rozdział V. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	
Zaburzenia nastroju [afektywne] (F30 – F39)	
F30	Epizod maniakalny
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F32	Epizod depresyjny
F33	Zaburzenia depresyjne nawracające
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju [afektywne]
F38	Inne zaburzenia nastroju [afektywne]
F39	Zaburzenia nastroju [afektywne], nieokreślone
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48)	
F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii
F41	Inne zaburzenia lękowe
F42	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
F44	Zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne]
F45	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną
F48	Inne zaburzenia nerwicowe

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012 [csioz.gov.pl; dostęp 05.02.2018].

¹ Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2017, GUS [stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

² Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012 [csioz.gov.pl; dostęp 05.02.2018].

1.1. Zaburzenia afektywne (F30-F34, F38-F39)

Zaburzenia depresyjne są jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, które obniżają możliwość prawidłowego funkcjonowania i bardzo często mają charakter nawracający. Epizody depresyjne (F32) oraz zaburzenia depresyjne nawracające (F33) dotyczą w województwie śląskim 22,9% ogółu pacjentów leczonych w opiece psychiatrycznej w ramach NFZ w roku 2016 z powodu zaburzeń afektywnych i nerwicowych (2 miejsce wśród najczęstszych rozpoznań w grupie F30-F48)³. Wśród podstawowych objawów tych zaburzeń wymienić można znaczne obniżenie nastroju, poziomu energii życiowej oraz zmniejszenie aktywności psychofizycznej. Osoba chora nie jest w stanie odczuwać przyjemności, a dodatkowo zaburzeniu ulegają procesy poznawcze, w szczególności pamięć i koncentracja. Obniżeniu ulega także samoocena, a pacjentom często towarzyszy poczucie winy. Nieustanne zmęczenie, charakterystyczne dla stanów depresyjnych, potęgowane jest zaburzeniami snu (chorzy mają często problemy z zaśnięciem, wybudzają się w nocy lub bardzo wcześnie rano). Charakterystycznymi objawami są także wyraźnie obniżony nastrój w godzinach porannych, utrata apetytu lub nadmierny apetyt, ubytek lub przyrost masy ciała i utrata libido⁴.

Epizody depresyjne dzieli się w zależności od liczby i nasilenia objawów na: łagodne, umiarkowane lub ciężkie. W epizodzie łagodnym występują zazwyczaj dwa lub trzy z wymienionych w poprzednim akapicie objawów. Pacjent w zasadzie funkcjonuje prawidłowo, wywiązując się ze swoich obowiązków, jednak objawy budzą w nim niepokój. W przypadku umiarkowanego epizodu depresji odnotowuje się występowanie czterech lub więcej z ww. objawów, w związku z którymi chory może mieć duże trudności z wykonywaniem codziennych obowiązków. Ciężkie epizody depresji przebiegać mogą bez objawów psychotycznych lub z tego typu objawami. W pierwszym przypadku znacznemu nasileniu ulega kilka z wymienionych powyżej objawów oraz niejednokrotnie pojawiają się myśli i próby samobójcze. Drugi z kolei cechuje się dodatkowo występowaniem omamów, urojeń, zahamowania psychoruchowego lub osłupienia, uniemożliwiającego wykonywanie podstawowych codziennych czynności. Ponadto warto dodać, iż u osób dotkniętych urojeniami i omamami obserwuje się zwiększone ryzyko zagrożenia samobójstwem⁵.

Pacjent chorujący na depresję jest przepełniony smutkiem i poczuciem winy. Dodatkowo powszechny jest brak gratyfikacji i czerpania radości z życia. Chory traci zainteresowanie czynnościami dnia codziennego, porzuca dotychczasowe hobby, a także

³ Dane pozyskane ze Śląskiego OW NFZ (dot. populacji w wieku produkcyjnym)

⁴ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta... op.cit.

⁵ Ibidem.

wycofuje się z życia towarzyskiego oraz może zacząć zaniedbywać obowiązki zawodowe. Ponadto pojawiające się poczucie bezwartościowości wpływa na negatywne nastawienie do przyszłości. Osoba w depresji czuje się często kimś gorszym, bezwartościowym, niekompetentnym. Wraz z pogłębianiem się choroby zanika radość, satysfakcja, motywacja do jakichkolwiek czynności, co w rezultacie prowadzi często do pogorszenia stanu fizycznego oraz kondycji zdrowotnej.

Kolejną jednostką znajdującą się w grupie zaburzeń afektywnych jest epizod maniakalny, dotyczący niewielkiego odsetka ogółu leczonych w opiece psychiatrycznej w ramach NFZ w roku 2016 z powodu zaburzeń nastroju i nerwicowych (ok. 0,2%)⁶. Zaburzenie to obejmuje hipomanię, manię bez objawów psychotycznych oraz manię z tego typu objawami. Wśród cech charakterystycznych hipomanii wymienić można nieadekwatny do sytuacji, dłużej utrzymujący się stan podwyższonego nastroju, zwiększenie aktywności psychofizycznej przy często zmniejszonym zapotrzebowaniu na sen, nadmierną gadatliwość oraz wzmożenie popędu seksualnego. Objawy te nie zaburzają codziennego funkcjonowania chorego oraz nie są powodem alienacji od otoczenia. W manii bez objawów psychotycznych, poza wyżej wymienionymi objawami, pacjent przejawia zawyżoną samoocenę, której towarzyszą idee wielkościowe. Objawy mogą utrudniać funkcjonowanie społeczne. Mania z objawami psychotycznymi z kolei, oprócz objawów i cech wymienionych powyżej, charakteryzuje się występowaniem urojeń (zwykle wielkościowych) lub omamów. Sposób zachowania osoby chorej w tym przypadku znacznie utrudnia nawiązanie z nim kontaktu⁷.

Wśród zaburzeń afektywnych znajdują się także zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Rozpoznanie to w roku 2016 dotyczyło 4,8% ogółu leczonych w opiece psychiatrycznej w ramach NFZ, z powodu rozpoznań z grupy F30-F48⁸. Zaburzenia tego typu charakteryzują się naprzemiennym występowaniem epizodów depresji i manii/hipomanii lub epizodów mieszanych. W pierwszym przypadku nawracające epizody depresji rozdzielone są jednym albo kilkoma epizodami manii lub hipomanii. Epizody cechują się dużą nawrotowością, okresy depresji występują zwykle częściej i trwają dłużej, niż okresy manii. Z kolei w epizodach mieszanych, przy jednoczesnym spowolnieniu psychoruchowym pojawić się może gonitwa myśli, niepokój i drażliwość. Pacjent może czuć smutek, przygnębienie i jednocześnie przejawiać nadaktywność. Pomiedzy tymi epizodami zwykle występują okresy remisji, tj.

⁶ Dane pozyskane ze Śląskiego OW NFZ... op.cit.

⁷ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta... op.cit..

⁸ Dane pozyskane ze Śląskiego OW NFZ... op.cit.

całkowitego braku objawów lub utrzymywania się nielicznych objawów o niewielkim nasileniu⁹.

Nieleczone zaburzenia afektywne, szczególnie epizody depresyjne, związane są ze zwiększonym ryzykiem samobójstw oraz częstszym występowaniem chorób somatycznych. Doniesienia naukowe wskazują, że nieleczona depresja o umiarkowanym nasileniu trwa około 10 miesięcy i w 75% przypadków prowadzi do pojawienia drugiej fazy o znacznym nasileniu objawów. Poddanie się leczeniu zapobiega pogłębianiu się objawów, a w wielu przypadkach prowadzi do ich całkowitego ustąpienia¹⁰. Niezależnie od tego, najnowsze doniesienia wskazują na istotny statystycznie wpływ depresji na zwiększoną umieralność, utrzymujący się dwie dekady od epizodu i znikający z czasem, chyba że dochodzi do nawrotu. Negatywny wpływ depresji wynika w dużej mierze z faktu, iż pozostaje ona jednym z istotnych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. U pacjentów dotkniętych problemem depresji obserwuje się m.in. wyraźnie wyższe ryzyko wystąpienia udaru, co wskazuje niewątpliwie na potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych w tej grupie¹¹. W przypadku nawracających zaburzeń depresyjnych, pomimo początkowego ustąpienia objawów mają miejsce nawroty choroby, z których każdy kolejny może mieć ostrzejszy przebieg. Z tego względu depresja nawracająca jest jedną z istotnych przyczyn niepełnosprawności i bezrobocia na świecie¹².

Ponadto warto dodać, iż zgodnie z danymi ZUS (2016) epizody depresyjne (F32) znajdują się na szóstym miejscu wśród przyczyn najdłuższych absencji chorobowych z tytułu choroby własnej w populacji kobiet (1,9%) oraz na osiemnastym – w populacji mężczyzn (1,3%) . Zaburzenia depresyjne nawracające (F33) w przypadku kobiet odpowiadają za 0,9% ogółu dni absencji chorobowej rocznie¹³. Omawiane jednostki chorobową znajdują się także w grupie chorób i zaburzeń psychicznych odpowiedzialnych za generowanie wysokich wydatków na świadczenia wypłacane przez ZUS¹⁴.

Biorąc pod uwagę powyższe, istnieje uzasadnienie do wdrożenia działań rehabilitacji psychiatrycznej dla osób cierpiących na epizodyczne i nawracające zaburzenia depresyjne. Działania te mają na celu wyeliminowanie lub skompensowanie funkcjonalnych deficytów

⁹ Ibidem.

¹⁰ McKenzie K. Poradnik medyczny. Depresja. Wyd. Wiedza i Życie, Warszawa 2011.

¹¹ Gliman S., Sucha E., Kingsbury M., Horton N., Murphy J., Colman I. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952-2011. CMAJ 2017; 189(42): E1304-E1310.

¹² Friedrich M.J. Depression is the leading cause of disability around the world. JAMA 2017;317(15): 1517.

¹³ Absencja chorobowa w 2016 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2017.

¹⁴ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.

wynikających z choroby i przywrócenie jednostce zdolności do kierowania swoim życiem, w tym kontynuowania lub podjęcia aktywności społecznej i zawodowej.

1.2. Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F45, F48)

Zaburzenia nerwicowe są po depresji najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem psychiatrycznym na świecie¹⁵. W województwie śląskim jest to główna przyczyna korzystania z usług opieki psychiatrycznej w ramach NFZ, w omawianej grupie jednostek chorobowych (68,9% ogółu rozpoznań w grupie zaburzeń afektywnych i nerwicowych)¹⁶. Rodzaj zaburzenia nerwicowego określa się w zależności od dominujących objawów. Mają one charakter znacznego nasilenia lub zahamowania funkcji pełnionej przez określony narząd lub układ i są mylnie uznawane przez pacjenta za przejaw choroby somatycznej (w odróżnieniu od prawidłowej reakcji na stres). Zazwyczaj dzieli się je na somatyczne (zaburzenia czynności narządów), zaburzenia przeżywania (lęk, myśli natrętne, itp.) oraz zaburzenia zachowania. Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem są najczęściej spowodowane przyczynami bezpośrednio lub pośrednio związanymi z okolicznościami o charakterze psychospołecznym oraz z psychologiczną reakcją jednostki na te wydarzenia. W zaburzeniach nerwicowych pod postacią somatyczną okoliczności te nie są uświadamiane przez jednostkę¹⁷. Poniżej opisano podgrupy zaburzeń nerwicowych o najwyższym rozpowszechnieniu w populacji docelowej¹⁸.

1.2.1. Inne zaburzenia lękowe (F41)

Powszechnie występującą grupą zaburzeń są inne zaburzenia lękowe, stanowiące w województwie śląskim 44,9% ogółu rozpoznań w grupie zaburzeń nerwicowych oraz najwięcej rozpoznań w grupie F30-F48 (30,9%), pojawiających się w sprawozdaniach NFZ w opiece psychiatrycznej w roku 2016¹⁹. Głównym objawem tych zaburzeń jest lęk, który nie ogranicza się do żadnej określonej sytuacji – pojawia się niezależnie. Towarzyszyć mu mogą objawy depresyjne i natręctwa, a także zaburzenia czynności somatycznych, w tym niespecyficzne lub specyficznie związane z rodzajem zagrożenia (m.in. bóle w okolicy serca, duszność, pocenie się, zaburzenia funkcji seksualnych, bóle i zaburzenia czynności przewodu pokarmowego). Silny lęk dezorganizuje aktywność życiową lub w ogóle ją uniemożliwia. W tej grupie chorób

¹⁵ Stein D.J., Scott K.M., de Jonge P., Kessler R.C. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017;19(2):127-136.

¹⁶ Dane pozyskane ze Śląskiego OW NFZ... op.cit.

¹⁷ Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe. PZWL; Warszawa: 1998.

¹⁸ Dane pozyskane ze Śląskiego OW NFZ... op. cit.

¹⁹ Ibidem.

wyodrębnia się zaburzenia lękowe z napadami lęku, uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane, inne zaburzenia lękowe, histerię lękową, a także zaburzenia lękowe nieokreślone^{20,21}.

Zaburzenia lękowe z napadami lęku (inaczej zaburzenie paniczne) to nawracające, nieoczekiwane ataki nagłego lęku, narastającego w ciągu kilku minut do skrajnego przerażenia, któremu towarzyszy poczucie zagrożenia i potrzeba ucieczki. Po ataku zwykle przez co najmniej miesiąc utrzymuje się lęk przed ponownym jego wystąpieniem. Wśród podstawowych objawów, podobnie jak w innych zaburzeniach lękowych, obserwuje się u pacjenta nagle wystąpienie przyspieszonego bicia serca. Uogólnione zaburzenia lękowe natomiast charakteryzują się występowaniem uogólnionego i uporczywego lęku nie związanego z sytuacjami zewnętrznymi. Wśród objawów tego typu zaburzenia pojawić się mogą: drżenie, napięcie mięśniowe, stałe uczucie zdenerwowania, zawroty głowy, pocenie się, a także przyspieszone bicie serca^{22,23}.

Zgodnie z danymi ZUS (2016) inne zaburzenia lękowe (F41) znajdują się wśród 30 jednostek chorobowych będących przyczyną najdłuższych absencji chorobowych z tytułu choroby własnej zarówno w populacji kobiet (1,2% ogółu), jak i mężczyzn (0,8% ogółu)²⁴. Zaburzenia te stanowią istotny czynnik rozwoju niepełnosprawności, zwłaszcza jeśli wiążą się z zachowaniami unikowymi i izolacją społeczną²⁵, tak jak problemy opisane powyżej. Nielezione rokują źle, głównie ze względu na wysokie ryzyko rozwoju wtórnych zaburzeń depresyjnych. Efektywność leczenia zależy od wielu czynników, m.in. czasu trwania i nasilenia objawów oraz indywidualnych zasobów, jakimi dysponuje chory. Objęcie pacjentów w remisji choroby działaniami z obszaru rehabilitacji psychiatrycznej, daje szansę na pełen powrót do zdrowia oraz nabycie kompetencji zmniejszających ryzyko nawrotu.

1.2.2. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43)

Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne to kolejna, dość powszechnie występująca grupa zaburzeń z omawianej kategorii. Rozpoznanie te w województwie śląskim w roku 2016 stanowiły 37,7% ogółu z grupy zaburzeń nerwicowych (3 miejsce wśród

²⁰ Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe... op.cit.

²¹ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta... op.cit.

²² Ibidem.

²³ Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe... op. cit.

²⁴ Absencja chorobowa w 2016 roku... op. cit.

²⁵ Hendriks S.M., Spijker J., Licht C.M., Hardeveld F., de Graaf R., Batelaan N.M., Penninx B.W., Beekman A.T. Long-term disability in anxiety disorders. BMC Psychiatry. 2016;16:248.

najczęstszych rozpoznań w grupie F30-F48)²⁶. W diagnozie tego typu zaburzeń konieczne jest stwierdzenie jednego z dwóch czynników przyczynowych: bardzo stresującego wydarzenia w życiu jednostki lub znaczącej zmiany życiowej prowadzącej do trwałej, niekomfortowej sytuacji powodującej zaburzenia adaptacyjne²⁷. Wśród stresorów i czynników będących przyczyną stanów chorobowych tej grupy pacjentów wymienia się nie tylko urazy i ich następstwa spotykane u ofiar oraz świadków przemocy i katastrof, ale także trudności w poradzeniu sobie z sytuacjami takimi jak: rozwód, ciąża, rodzicielstwo czy utrata pracy²⁸. W grupie tej rozróżnia się ostre reakcje na stres, zaburzenia stresowe pourazowe, zaburzenia adaptacyjne, inne reakcje na ciężki stres oraz reakcje na ciężki stres nieokreślone²⁹.

Ostra reakcja na stres to krótkotrwała reakcja na stres nie związana z innymi zakłóceniami funkcji psychicznych, przemijająca w ciągu kilku godzin lub dni. Początkowa faza reakcji ma charakter oszołomienia, któremu towarzyszy silny lęk, zawężenie pola świadomości, zaburzenia orientacji oraz trudność dostrzegania i rozumienia bodźców. U osoby chorej często występują wegetatywne znamiona panicznego lęku (przyspieszona akcja serca, poty, zaczerwienienie). Po pewnym czasie pojawić się może także stan „osłupienia” i „odrętwienia”, bądź też pobudzenie i nadmierna aktywność. Stan taki pojawia się prawie natychmiast po zadziałaniu sytuacji stresującej i trwa zazwyczaj kilka godzin, czasem dni³⁰.

Zaburzenie stresowe pourazowe to z kolei opóźniona lub przedłużona reakcja na wydarzenie czy sytuację stresową o wyjątkowo zagrażającym lub katastroficznym charakterze, która mogłaby wywołać niezwykle ciężkie przeżycia nieomal u każdego. Typowe objawy obejmują wielokrotne przeżywanie sytuacji urazowej w natrętnych wspomnieniach (reminiscencjach) i koszmarach sennych. Pojawiają się one na tle poczucia „odrętwienia” i stopienia uczuciowego, odizolowania od innych ludzi, braku reakcji na otoczenie, anhedonii (obniżonej zdolności lub niezdolności do odczuwania przyjemności i radości), a także unikania działań i sytuacji, które mogłyby przypomnieć przeżyty uraz. Zazwyczaj u chorego występuje także stan nadmiernego pobudzenia wegetatywnego z nadmierną czujnością i wzmożoną reaktywnością na bodźce oraz bezsennością. Z powyższymi objawami i zmianami często związane są lęk i depresja, a nierzadko występują dodatkowo myśli samobójcze. Opisane

²⁶ Dane pozyskane ze Śląskiego OW NFZ... op. cit.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Bossini L., Casolaro I., Caterini C. i in., Błędy popełniane w diagnostyce zaburzenia stresowego pourazowego – problem nakładania się objawów tego zaburzenia i depresji, *Psychiatr. Pol.* 2013; 47(6): 1051–1063.

²⁹ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta... op. cit.

³⁰ Ibidem.

powyżej zaburzenia pojawiają się po okresie latencji (utajenia choroby), który może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy po urazie³¹.

Zaburzenia adaptacyjne z kolei pojawiają się jako konsekwencja nagłej zmiany sytuacji życiowej i mogą się utrzymywać kilka miesięcy. Mają charakter zespołów, w których dominuje obniżenie nastroju, zaburzenia zachowania, poczucie niezdolności do radzenia sobie oraz pewne ograniczenie zdolności do wykonywania codziennych czynności³².

Zgodnie z danymi ZUS (2016) reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) znajduje się na piątym miejscu wśród przyczyn najdłuższych absencji chorobowych z tytułu choroby własnej w populacji kobiet (2,6%) oraz na dziewiątym – w populacji mężczyzn (1,8%)³³. Ponadto jest to także jedna z grup chorób i zaburzeń psychicznych odpowiedzialnych za generowanie wysokich wydatków na świadczenia wypłacane przez ZUS³⁴. Należy podkreślić, iż brak lub niedostateczne wsparcie w radzeniu sobie z traumatycznymi dla jednostki wydarzeniami może skutkować pogłębieniem zaburzeń psychicznych oraz ich utrwaleniem, co może stać się następstwem dalszych destrukcyjnych zachowań takich jak: sięganie po alkohol, antyspołeczne zaburzenia osobowości, fobie, głębokie depresje czy samobójstwa i próby samobójcze. Urazy i przeżycia traumatyczne, które mogą stać się następstwem ciężkich zaburzeń psychicznych w bardzo dużej mierze dotyczą ludzi młodych, którzy są aktywni społecznie i zawodowo. Wskaźnik częstości występowania PTSD (zespół stresu pourazowego) w ciągu całego życia (lifetime prevalence) wynosi 3,6% u mężczyzn oraz 9,6% u kobiet³⁵. Przytoczone wyżej dane uzasadniają potrzebę wdrażania działań z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej w grupie pacjentów doświadczających reakcji na ciężki stres oraz zaburzeń adaptacyjnych.

³¹ Ibidem.

³² Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe... op. cit.

³³ Absencja chorobowa w 2016 roku... op. cit.

³⁴ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r... op. cit.

³⁵ Bossini L., Casolaro I., Caterini C. i in., Błędy popełniane w diagnostyce zaburzenia stresowego... op. cit.

2. Dane epidemiologiczne

2.1. Demografia województwa śląskiego

Województwo śląskie zamieszkuje 4 559 164 mieszkańców, w tym 51,8% kobiet oraz 48,2% mężczyzn (dane na koniec 2016 roku). Województwo jest pod względem liczby mieszkańców drugie co do wielkości w Polsce (po mazowieckim). Uwagę zwraca jednak negatywny trend – na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat ludność województwa systematycznie zmniejszała się. W roku 2000 była to liczba 4 850 600 osób, co oznacza spadek w ciągu 16 lat o ponad 6%. Wśród przyczyn negatywnego trendu niewątpliwie wskazać można emigrację – zarówno wewnętrzną, jak i zewnętrzną, w części napędzaną procesami restrukturyzacyjnymi w gospodarce regionu. Inną cechą charakterystyczną województwa jest współczynnik feminizacji, który jest nieco wyższy, niż średnia dla całej Polski (107,5 kobiet na 100 mężczyzn w województwie śląskim wobec 106,6 dla całego kraju), a dodatkowo zwiększa się – w roku 2000 wynosił on 106,4. Może to być świadectwem nadumieralności mężczyzn w populacji regionu, na skutek specyficznych uwarunkowań związanych z czynnikami zawodowymi oraz zachowaniami zdrowotnymi. Ostatnią cechą charakterystyczną demografii regionu jest wysoki odsetek ludności zamieszkującej miasta, wynoszący 77% ludności województwa, wobec średniej dla całej Polski na poziomie 60,2%. Większość ludności skupia się przy tym w centralnej części województwa, tj. miastach Górnośląskiego Okręgu Przemysłowego. Jednocześnie zwraca uwagę zmniejszający się odsetek mieszkańców województwa zamieszkujących miasta – w roku 2000 wynosił on 79,2%. Jest to również symptom procesu dezurbanizacji, charakterystycznego dla większości obszaru Polski³⁶.

Przyrost naturalny w województwie oscyluje w okolicach zera, dla roku 2016 osiągnął wartość -1,36/1000 ludności przy -0,15/1000 ludności dla całego kraju. Spadająca 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. O ile obecnie ludność w wieku produkcyjnym stanowi 61,8% populacji województwa, zaś osoby w wieku poprodukcyjnym – 21,4%, o tyle w roku 2050 będzie to już odpowiednio 55,2% i 30,5%. Dodatkowo w grupie osób w wieku poprodukcyjnym ponad 11% stanowić będą osoby co najmniej 80-letnie^{37,38}. Są to zjawiska skutkujące, w przypadku zachowania prognozowanego trendu, bardzo poważnymi konsekwencjami w

³⁶ Bank danych lokalnych, GUS [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

³⁷ Ibidem.

³⁸ Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa śląskiego. Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice 2015.

zakresie spodziewanego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, w tym dotyczące zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, a także możliwości pokrycia kosztów zwiększającego się popytu na usługi społeczne.

2.2. Globalny obraz problemu zaburzeń psychicznych

Problematyka zdrowia psychicznego jest współcześnie traktowana jako jeden z fundamentów dobrostanu człowieka. Wskutek zachodzących globalnie przemian społecznych, ekonomicznych i środowiskowych jest ona przedmiotem narastającej uwagi, tak ze względu na rosnącą świadomość znaczenia zdrowia psychicznego dla ogólnego dobrostanu człowieka, jak i z powodu narastającej skali występowania podobnego rodzaju problemów zdrowotnych – samoistnie oraz w powiązaniu z innymi chorobami, jak nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzyca, czy inne choroby przewlekłe. Według Światowej Organizacji Zdrowia, w roku 2004 zaburzenia psychiczne łącznie z uzależnieniami oraz chorobami neurologicznymi odpowiadały za 13% globalnego obciążenia chorobami w świecie. Zaburzenia psychiczne w tej grupie są czynnikiem dominującym – odpowiadają za blisko 57% utraconych lat życia w zdrowiu (zgodnie z szacunkami wg wskaźnika DALY – *Disability Adjusted Life Years*). Sama tylko depresja odpowiada za 4,3% globalnego obciążenia chorobami. Jest to przy tym jeden z najważniejszych czynników ryzyka niepełnosprawności, odpowiadając globalnie za 11% ogółu lat przeżytych z niepełnosprawnością. Jak wynika z szacunków, do roku 2030 może to być już przyczyna o największym znaczeniu³⁹.

Pomimo tak dużego – i narastającego – wpływu na globalny obraz zdrowia populacji, zaburzenia psychiczne nie znajdują odpowiedniej odpowiedzi w aktywności systemów zdrowotnych państw świata. Między 76% a 85% osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych w krajach rozwijających się nie ma dostępu do adekwatnego leczenia. Również w krajach rozwiniętych poziom niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych w tym względzie pozostaje bardzo duży, wynosząc między 35% a 50%. Zwraca się również uwagę na niedobory w zakresie wykwalifikowanej kadry: około połowa populacji świata zamieszkuje obszary, w których jeden psychiatra przypada na nie mniej, niż 200 tys. osób. Deficyty ze strony publicznych systemów zabezpieczenia społecznego nie są jednocześnie w wystarczającym stopniu kompensowane aktywnością organizacji społecznych: w połowie krajów rozwijających się i około 20% krajów rozwiniętych nie istnieją żadne organizacje adresujące swoją aktywność

³⁹ WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int; dostęp: 15.01.2018r.]

do takich osób. Deficyty są wreszcie rejestrowane także w obszarze dostępu do odpowiedniej farmakoterapii⁴⁰.

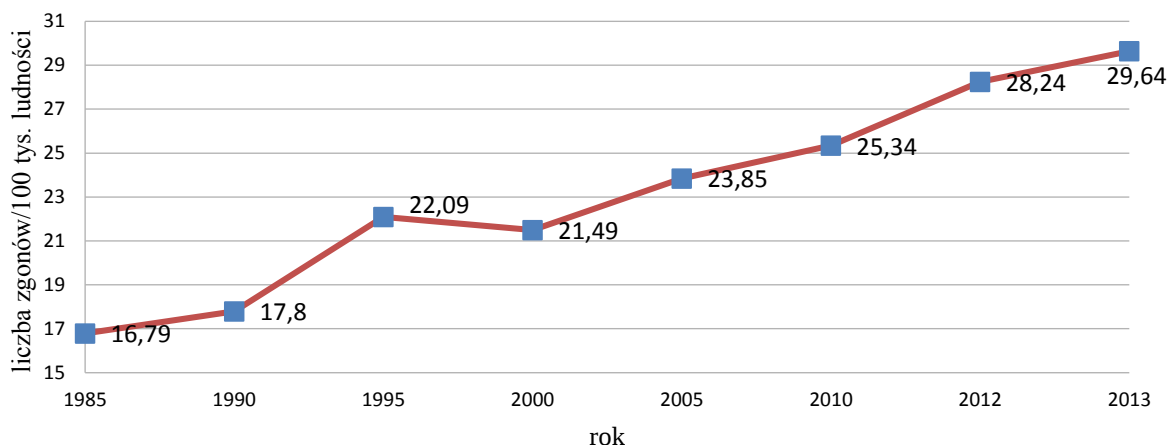
Zaburzenia psychiczne, nieco inaczej, niż w przypadku innych problemów zdrowotnych uznawanych za najbardziej charakterystyczne dla świata współczesnego, wyróżniają się względnie równomiernym rozpowszechnieniem w różnych grupach wiekowych. Największe nasilenie zapadalności jest jednak charakterystyczne przede wszystkim dla grupy osób w wieku produkcyjnym, co w połączeniu z opisanym powyżej rosnącym znaczeniem zaburzeń psychicznych w grupie przyczyn niepełnosprawności, w istotny sposób przekłada się na niekorzystny efekt ekonomiczny, obniżając zdolność do pracy w grupie osób w okresie ich największej oczekiwanej produktywności, a także powodując zwiększone obciążenia z tytułu realizowanych świadczeń zdrowotnych i z zakresu zabezpieczenia społecznego. Ogółem obciążenie liczone liczbą utraconych lat życia w zdrowiu pomiędzy rokiem 1990 a 2010 zwiększyło się na całym świecie o 41%⁴¹.

W Europie sytuacja epidemiologiczna w zakresie zaburzeń psychicznych odzwierciedla zjawiska zachodzące w populacji całego globu. Na rycinie 1 zaprezentowano trendy dotyczące umieralności z powodu zaburzeń psychicznych oraz chorób układu nerwowego (wg klasyfikacji WHO te dwie grupy traktowane są łącznie) dla Regionu Europejskiego WHO w latach 1985 – 2013⁴². Rycina ukazuje systematyczny wzrost wartości współczynnika, z poziomu wyjściowego sięgającego 17 przypadków na 100 tys. ludności w roku 1985, do wartości sięgających 30 przypadków na 100 tys. ludności w roku 2013.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. Forlani G, ed. PLoS ONE. 2015;10(2):e0116820.

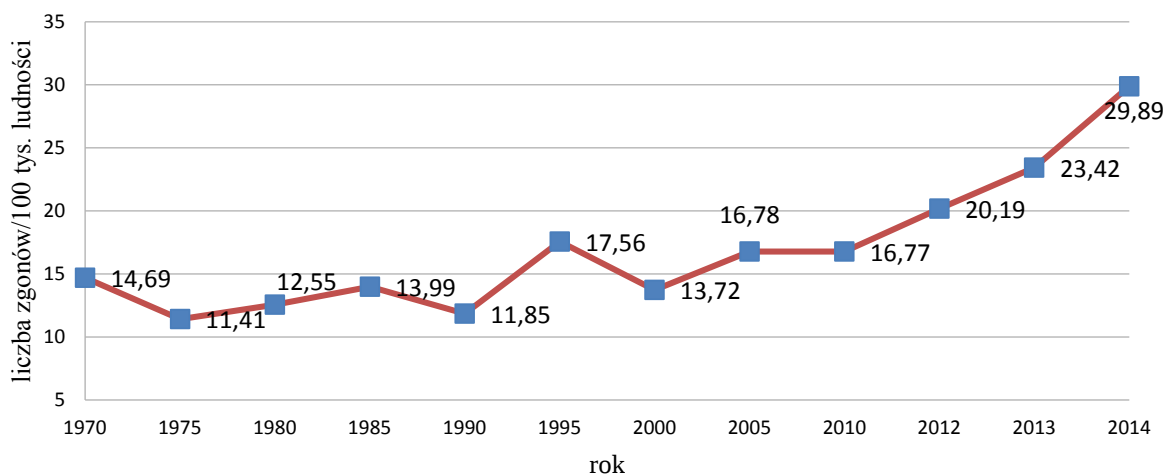
⁴² Dane WHO [data.euro.who.int; dostęp:17.01.2018).



Ryc. 1. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych oraz chorób układu nerwowego w Regionie Europejskim WHO w latach 1985 – 2013 (wartość współczynnika na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia [Health for All Database, data.euro.who.int; dostęp: 06.02.2018r.]

Z kolei na rycinie 2 zaprezentowano analogiczne dane dla grupy krajów postkomunistycznych. Są to wartości średnie dla całej grupy, w okresie 1970 – 2014. Również w tym przypadku zauważalny jest trend wzrostowy, choć należy zwrócić uwagę na szczególne nasilenie tego zjawiska w okresie transformacji systemowej⁴³.

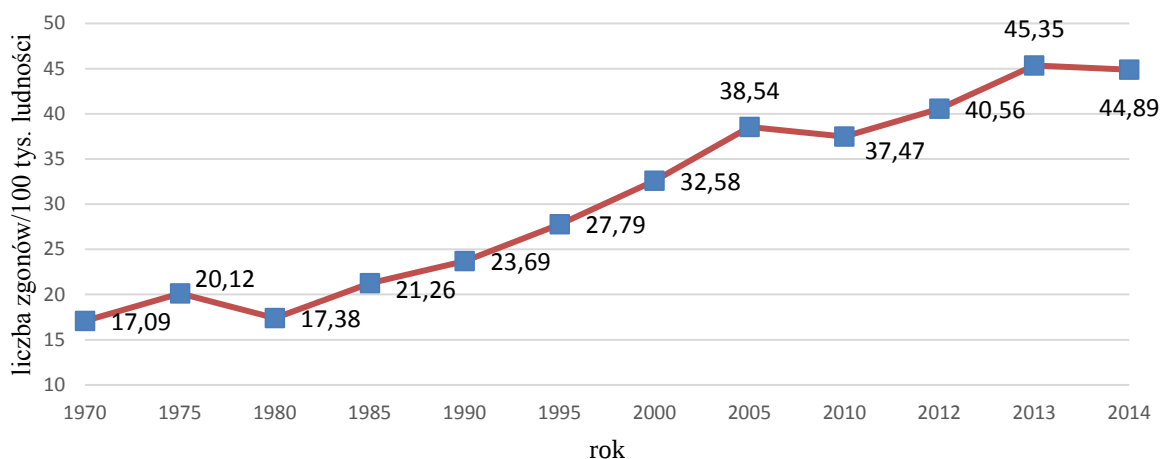


Ryc. 2. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych oraz chorób układu nerwowego dla krajów postkomunistycznych w latach 1970 – 2014 (wartość współczynnika na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia [Health for All Database, data.euro.who.int; dostęp: 06.02.2018r.]

⁴³ Ibidem.

Warto zauważyć, że wartość współczynnika umieralności dla tej grupy państw zrównała się z danymi dla całego Regionu Europejskiego WHO, choć w początkach analizowanego okresu była zauważalnie niższa. Wciąż jest ona jednak wyraźnie niższa, jeśli porównać ją z wartością analogicznego współczynnika dla krajów Europy Zachodniej⁴⁴ (rycina 3).



Ryc. 3. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych oraz chorób układu nerwowego dla krajów Europy Zachodniej w latach 1970 – 2014 (wartość współczynnika na 100 tys. mieszkańców).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia [Health for All Database, data.euro.who.int; dostęp: 06.02.2018r.]

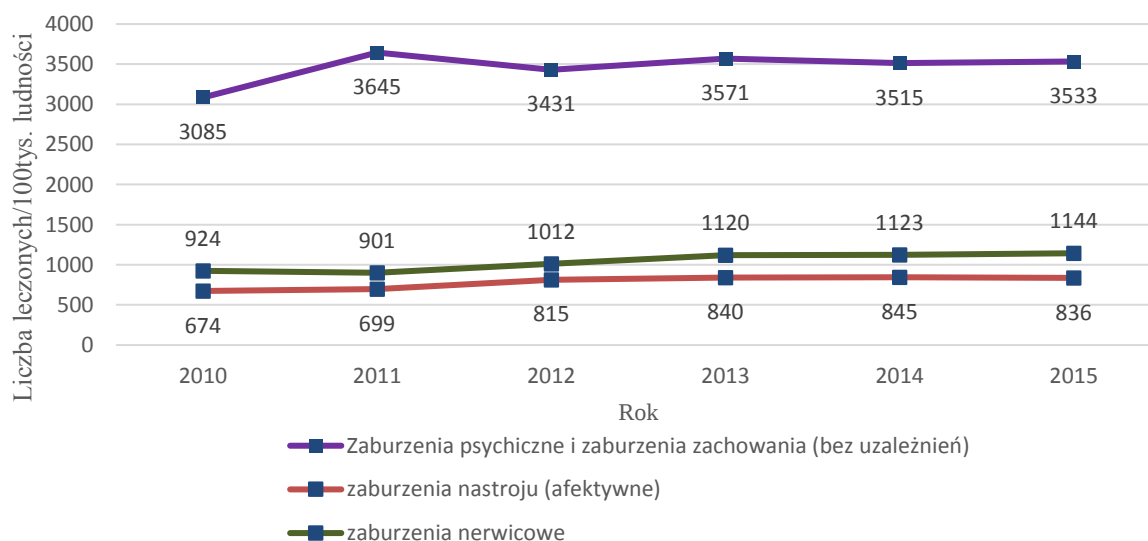
2.3. Zdrowie psychiczne w Polsce

Zgodnie z danymi GUS (2014) w grupie wiekowej 15-49 lat, częstotliwość występowania poważnych objawów depresji dotyczy w Polsce 2-5% osób. Zauważyć należy, iż nieco wbrew wspomnianemu powyżej relatywnie równomiernemu rozłożeniu problemu zdrowotnego zaburzeń psychicznych w różnych grupach wiekowych, odsetek osób z depresją zwiększa się wraz z wiekiem, w szczególności rosnąć wśród osób powyżej 50 roku życia. Dla kobiet w grupie wiekowej powyżej 80-go roku życia jest to już 22%. Podwyższony jest również odsetek chorych wśród dorosłych osób niepełnosprawnych, gdzie występowanie zaburzeń psychicznych zanotowano u 10% mężczyzn i 12% kobiet. To z kolei potwierdza tendencję do współwystępowania tego problemu zdrowotnego wraz z innymi chorobami. Na przestrzeni lat rysuje się pewien trend wzrostowy w odniesieniu do powyższej kwestii. W badaniu w roku 2004 odsetek osób z zaburzeniami wynosił 8% dla obu płci, zaś w roku 2009 w grupie kobiet

⁴⁴ Ibidem.

było to 10%. Podkreślić przy tym należy, iż powyższe badanie nie opiera się o oficjalną liczbę rozpoznanych chorób, a o samoocenę stanu zdrowia biorących w nim udział respondentów^{45,46}.

Zwiększające się obciążenie populacji i systemu zdrowotnego problemami zdrowotnymi dotyczącymi zaburzeń psychicznych, widoczne jest również w danych GUS publikowanych w Rocznikach Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej, według których pomiędzy rokiem 1990 a 2015 liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dotkniętych problemem zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) zwiększyła się prawie 2,5-krotnie, osiągając wartość ponad 1,3 mln leczonych osób w roku 2015. Dla analizowanego poniżej okresu od 2010 do 2015 wzrost ten wyniósł 14,5%. W roku 2010 z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) leczono 3085 osób na 100tys. mieszkańców, podczas gdy w roku 2015 wartość omawianego współczynnika wynosiła już 3533/100tys. mieszkańców. Wśród najczęściej leczonych jednostek chorobowych w tej grupie znajdują się zaburzenia nerwicowe (32,4% ogółu w roku 2015) oraz zaburzenia afektywne (23,7% w roku 2015). Przedstawione dane pokazują tendencję wzrostową w zakresie liczby osób leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń nerwicowych w analizowanym okresie. W przypadku zaburzeń nastroju (afektywnych), po wzroście pomiędzy rokiem 2010 a 2012, liczba osób leczonych pozostaje stabilna na przestrzeni kilku ostatnich lat⁴⁷. Szczegóły ukazano za pomocą ryciny 4.



Ryc. 4. Leczeni ambulatoryjnie w poradniach zdrowia psychicznego z powodu zaburzeń nastroju (afektywnych) oraz nerwicowych w Polsce w latach 2010-2015 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Roczników Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej: 2011-2017 [stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

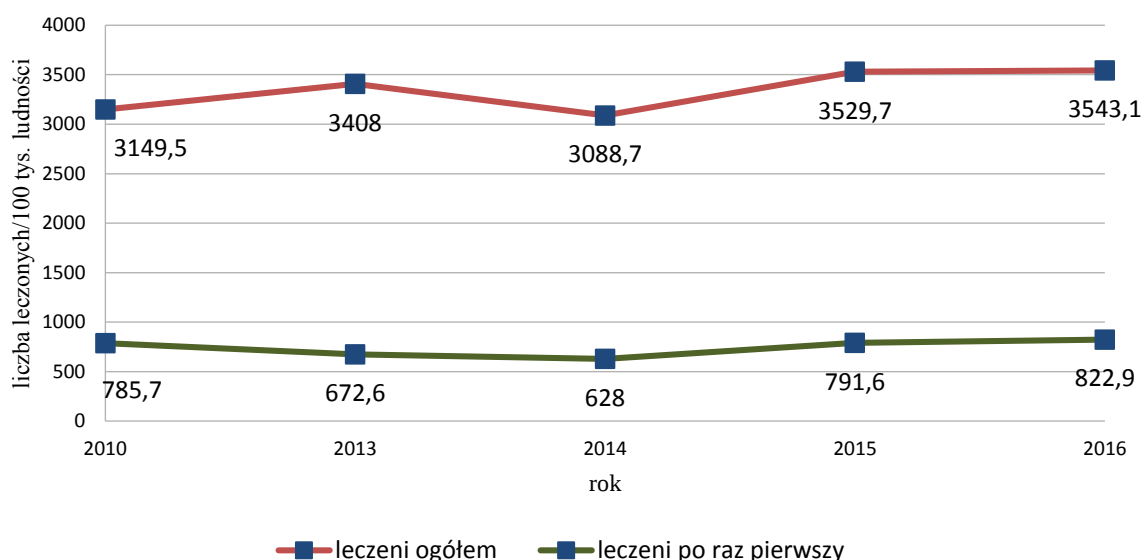
⁴⁵ Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016

⁴⁶ Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011 oraz Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006.

⁴⁷ Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej 2001-2017, GUS [stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

2.4. Problemy zdrowia psychicznego w perspektywie regionu

W przypadku województwa śląskiego można prześledzić skalę występowania problemów zdrowia psychicznego na przestrzeni lat 2010 – 2016. Zgodnie z dostępnymi danymi liczba osób leczonych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej oscyluje w okolicach 3000-3500 osób na 100 tys. mieszkańców. Z kolei liczba nowych przypadków rocznie to średnio ok. 700 osób na 100 tys. mieszkańców⁴⁸. Jakkolwiek podany przedział czasowy jest zbyt krótki, aby możliwe było wyciąganie jednoznacznych wniosków w odniesieniu do trendu w obrębie obserwowanego zjawiska, można stwierdzić, iż na przestrzeni tych kilku lat ogólna liczba leczonych ulegała pewnym wahaniom, jednak z tendencją wzrostową, zarówno w zakresie całkowitej liczby leczonych, jak i przypadków nowo diagnozowanych. Szczegóły przedstawia rycina 5.

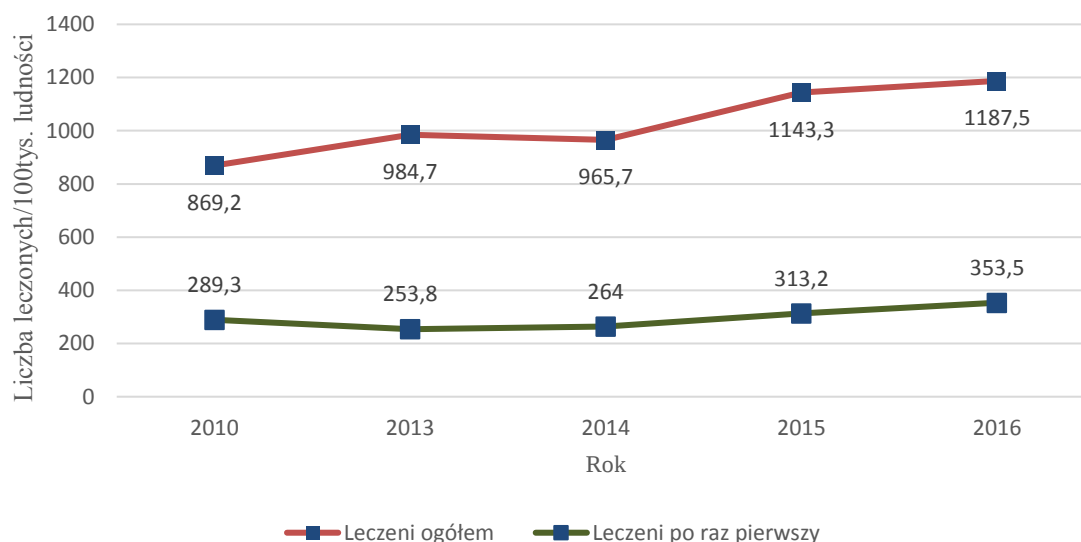


Ryc. 5. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) w województwie śląskim w latach 2010-2016 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, ŚUW, katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

Wśród ponad 161,5tys. pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w województwie śląskim, w roku 2016 dominuje rozpoznanie zaburzeń nerwicowych, stanowiące 33,5% przypadków chorych ogółem oraz 43% przypadków chorych leczonych po raz pierwszy. Liczba leczonych z powodu tej podgrupy chorób na przestrzeni ostatnich 7 lat wykazuje wyraźną tendencję wzrostową ze wzrostem na poziomie 37% w przypadku leczonych ogółem oraz 22% w przypadku leczonych po raz pierwszy. Szczegóły zilustrowano na rycinie 6.

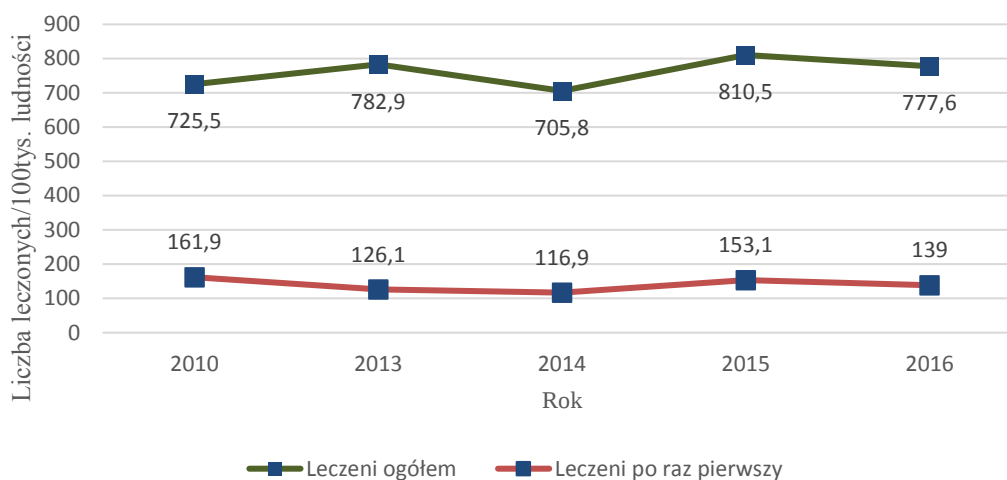
⁴⁸ Dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach [katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018).



Ryc. 6. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń nerwicowych w województwie śląskim w latach 2010-2016 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, ŚUW, katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

Drugą z kolei przyczynę korzystania z porad ambulatoryjnych w związku z zaburzeniami psychicznymi przez omawianą grupę pacjentów stanowią zaburzenia nastroju (22% w przypadku leczonych ogółem oraz 16,9% w przypadku leczonych po raz pierwszy). Liczba leczonych ogółem z powodu tej podgrupy chorób na przestrzeni ostatnich 7 lat wykazuje niewielką tendencję wzrostową, ze wzrostem na poziomie 7%. W przypadku leczonych po raz pierwszy obserwuje się względnie stabilną liczbę przypadków w analizowanym okresie. Szczegóły przedstawiono na rycinie 7.



Ryc. 7. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń afektywnych w województwie śląskim w latach 2010-2016 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, ŚUW, katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

Wśród ogółu pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nastroju dominują chorzy dotknięci problemem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych oraz zaburzeń depresyjnych nawracających (łącznie 45,8% wszystkich zaburzeń nastroju), a także doświadczający epizodów maniakałnych oraz depresyjnych (42,1% ogółu). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania zdecydowanie częściej dotyczą kobiet (ponad 61% przypadków) oraz populacji w wieku 30-64 lat (ok. 60%). W przypadku zaburzeń afektywnych i nerwicowych tendencja ta jest jeszcze wyraźniejsza – dotyczą one odpowiednio ok. 70-73% kobiet oraz ok. 67-69% wskazanej wyżej grupy wiekowej. Szczegóły przedstawiono w tabeli 2 oraz 3.

Tab. 2. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (bez uzależnień) w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na płeć (liczby bezwzględne).

Jednostka chorobowa	Płeć					
	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	osoba	%	osoba	%	osoba	%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień)	161 534	100,0	61 984	38,4	99 550	61,6
Zaburzenia nerwicowe F40-F48	54 138	100,0	16 076	29,7	38 062	70,3
Zaburzenia nastroju (afektywne) F30-F39, w tym:	35 450	100,0	10 026	28,3	25 424	71,7
- epizody afektywne (F30 i F32)	14 910	100,0	4 374	29,3	10 536	70,7
- depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (F31 i F33)	16 252	100,0	4 424	27,2	11 828	72,8
- inne zaburzenia nastroju (afektywne) (F34-F39)	4 288	100,0	1 228	28,6	3 060	71,4

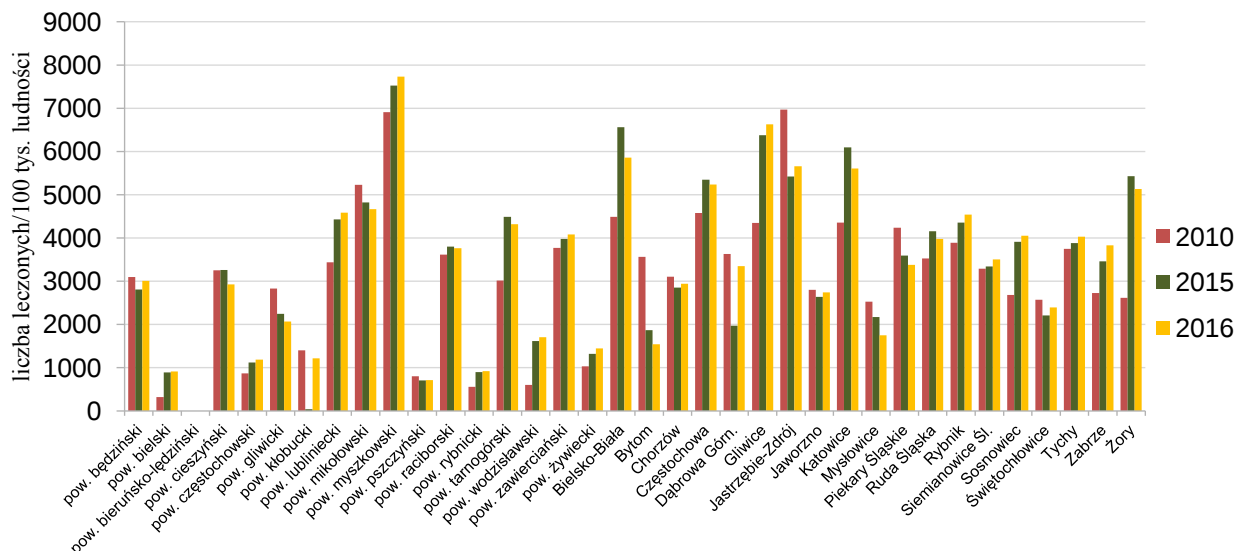
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach [Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, ŚUW, katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

Tab. 3. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (bez uzależnień) w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na wiek (liczby bezwzględne).

Jednostka chorobowa	Wiek									
	Ogółem		0-18		19-29		30-64		≥65	
	osoba	%	osoba	%	osoba	%	osoba	%	osoba	%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień)	161 534	100,0	16 887	10,4	21 137	13,1	96 249	59,6	27 261	16,9
Zaburzenia nerwicowe F40-F48	54 138	100,0	2 088	3,8	9 075	16,8	38 057	70,3	4 918	9,1
Zaburzenia nastroju (afektywne) F30-F39, w tym:	35 450	100,0	699	2,0	3 688	10,4	24 150	68,1	6 913	19,5
- epizody afektywne (F30 i F32)	14 910	100,0	448	3,0	1 680	11,3	10 321	69,2	2 461	16,5
- depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (F31 i F33)	16 252	100,0	185	1,1	1 454	9,0	10 956	67,4	3 657	22,5
- inne zaburzenia nastroju (afektywne) (F34-F39)	4 288	100,0	66	1,5	554	12,9	2 873	67,0	795	18,6

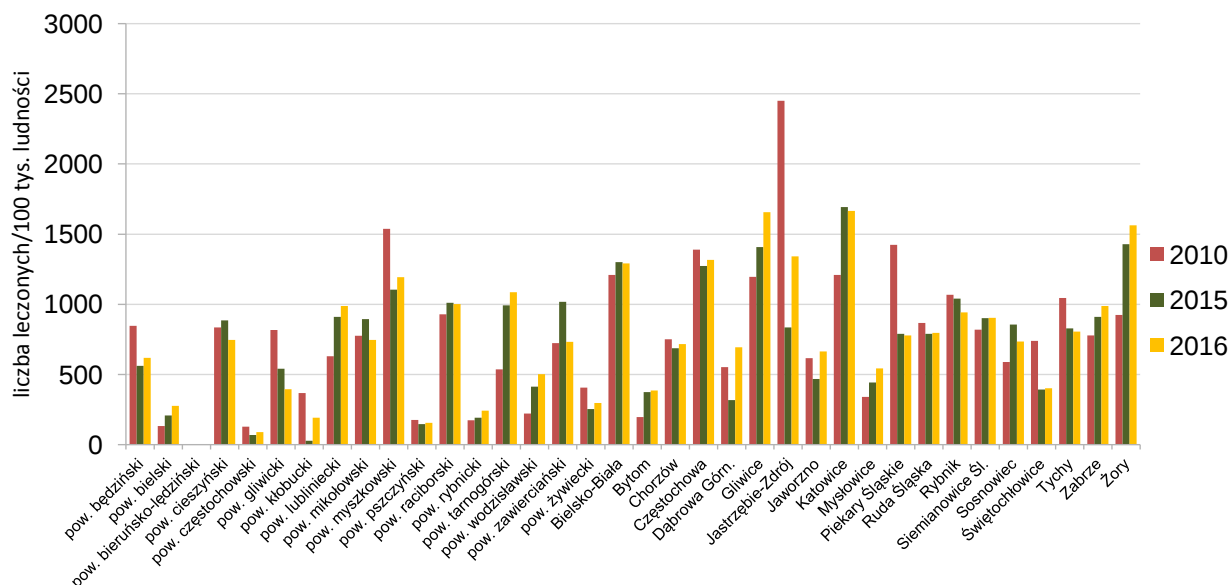
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach [Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, ŚUW, katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

Celem przedstawienia problemu omawianej grupy zaburzeń w ujęciu terytorialnym dokonano analizy danych dotyczących liczby leczonych pacjentów w poszczególnych powiatach. Dane przedstawiono za pomocą ryciny 8 oraz 9.



Ryc. 8. Leczeni ambulatoryjnie ogółem z powodu zaburzeń psychicznych w powiatach województwa śląskiego (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, ŚUW, katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.; Brak danych dla powiatów: bieruńsko-lędzki]



Ryc. 9. Leczeni ambulatoryjnie po raz pierwszy z powodu zaburzeń psychicznych w powiatach województwa śląskiego (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

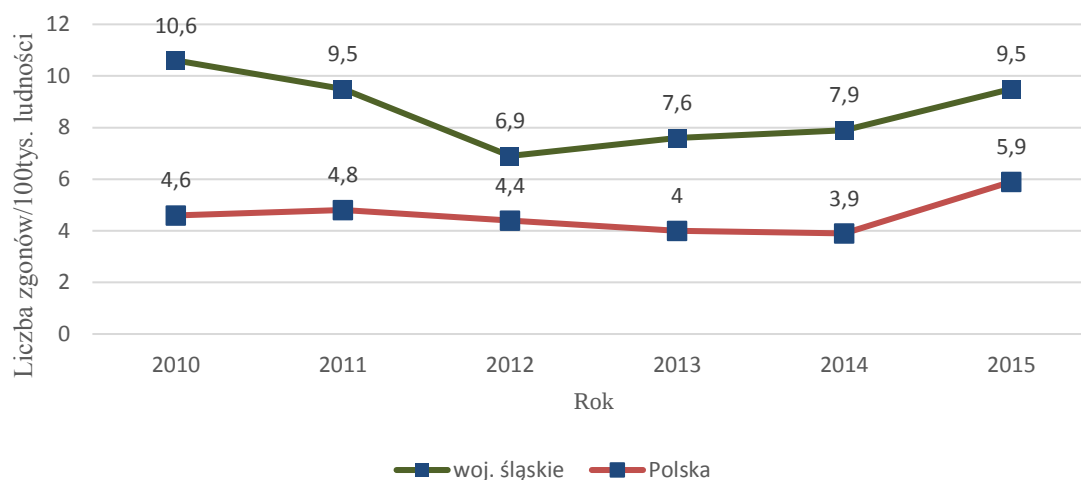
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, ŚUW, katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.; Brak danych dla powiatów: bieruńsko-lędzki]

Pod względem ogólnej liczby leczonych zdecydowanie dominuje powiat myszkowski, gdzie dodatkowo zauważalny jest trend wzrostowy w kolejnych latach. Spośród innych jednostek terytorialnych województwa wyróżniają się także miasta: Gliwice, Bielsko-Biała i Katowice. W każdym z tych miast zarejestrowano także wzrost liczby leczonych osób. Z kolei najniższe wartości chorobowości rejestrowanej w sektorze ambulatoryjnym cechują powiaty ziemskie: bielski, częstochowski, pszczyński, rybnicki, jednak również w każdym z nich zauważalny jest wzrost liczby leczonych osób. Ogółem zwracają uwagę znaczne rozbieżności w liczbie leczonych pomiędzy powiatami, a także generalnie wzrastająca liczba leczonych. Wyjątkiem od tej zasady są takie jednostki, jak powiat gliwicki i mikołowski, a także miasta Bytom, Mysłowice, Piekary Śląskie, gdzie trend jest spadkowy.

W przypadku osób leczonych po raz pierwszy, również widoczne są duże rozbieżności pomiędzy poszczególnymi jednostkami. Brak jest w tym przypadku jednoznacznych trendów w zakresie zmiany tej liczby w kolejnych latach. Systematyczny wzrost zaobserwować można w powiecie lublinieckim, tarnogórskim, miastach: Gliwice, Siemianowice Śląskie, Zabrze i Żory. Z kolei regularny spadek nowo diagnozowanych przypadków cechuje powiat gliwicki, oraz miasto Rybnik. W pozostałych jednostkach liczba ta pozostaje bez wyraźnego trendu.

Powyższe dane odnoszą się do liczby leczonych pacjentów. Aby zyskać pełniejszy obraz skali obciążenia populacji województwa śląskiego problemami zdrowotnymi z zakresu zaburzeń psychicznych, warto również przeanalizować dane dotyczące zapadalności, chorobowości oraz umieralności z ww. przyczyn. Dane dotyczące umieralności, zestawione z chorobowością oraz liczbą leczonych pacjentów, ukazują nieco odmienny obraz rzeczywistości. Zauważyć należy, iż umieralność w województwie śląskim w roku 2015 jest o ok. 60% wyższa, niż w przypadku średniej dla całego kraju, osiągając poziom najwyższy wśród wszystkich regionów Polski. Ponadto, o ile w przypadku Polski jeszcze do roku 2014 można było mówić pod tym względem o trendzie spadkowym, w przypadku województwa śląskiego nie obserwowano takiego zjawiska w sposób jednoznaczny, a w roku 2015 odnotowano silny wzrost⁴⁹. Szczegóły ukazano na rycinie 10.

⁴⁹ Bank Danych Lokalnych, GUS [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]



Ryc. 10. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce oraz województwie śląskim (wartość współczynnika na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

Obserwowane na powyższej rycinie zjawisko stanowi jednoznaczny dowód na szczególną zasadność działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych, odnoszących się do tej kategorii problemów zdrowotnych w województwie śląskim. Ponadto należy podkreślić, iż zaburzenia depresyjne przyczyniają się dodatkowo do zwiększenia umieralności w grupie pacjentów z chorobami układu krążenia, więc całkowity wpływ zaburzeń psychicznych na umieralność może być wyższy, w stosunku do danych rejestrowanych w statystyce publicznej.

Danych dotyczących zapadalności oraz chorobowości na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania dostarcza mapa potrzeb zdrowotnych dla województwa śląskiego. Zgodnie z nimi, zapadalność rejestrowana dotycząca zaburzeń nastroju w roku 2014 wyniosła 273,41 przypadków na 100 tys. ludności. Był to piąty najwyższy wynik wśród województw, przekraczający średnią dla całej Polski, ale jednocześnie wyraźnie niższy od, osiągających najwyższy poziom współczynnika zapadalności, województw pomorskiego oraz kujawsko-pomorskiego. Z grupy osób dotkniętych zaburzeniami nastroju w roku 2014, niespełna 40% to osoby powyżej 55 roku życia, w około 75% przypadków – kobiety. Chorobowość rejestrowana dla roku 2014 wynosiła 2438,61 osób na 100 tys. mieszkańców, co było siódmym najwyższym wynikiem wśród wszystkich województw, również nieco powyżej średniej dla całej Polski. W przypadku zaburzeń lękowych zapadalność rejestrowana w województwie osiągnęła poziom 623,80 osób na 100 tys. mieszkańców, co było szóstym najwyższym wynikiem w kraju, nieznacznie przekraczającym średnią dla całej Polski. W tym przypadku również około 40% zachorowań dotyczyło osób w wieku 55 lat i więcej, w około 75% przypadków – kobiet.

Chorobowość rejestrowana dla tej grupy zaburzeń wyniosła 4835,78 osób na 100 tys. mieszkańców, co było ósmym najwyższym wynikiem w kraju, nieco poniżej średniej dla Polski⁵⁰.

Uzupełnieniem charakterystyki obrazu epidemiologicznego są zbiorcze dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych mieszkańcom województwa śląskiego w wieku produkcyjnym w roku 2016 w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, w związku z rozpoznaniem omawianymi w niniejszym Programie (tabela 4). Na podstawie zaprezentowanych danych można szacować, że liczba osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, leczących się z powodu rozpoznania zaburzeń psychicznych w jednostkach realizujących świadczenia w ramach kontraktów z NFZ, osiąga w województwie śląskim niespełna ponad 111 tys. osób (w roku 2016), co stanowi ok. 4% populacji województwa w analizowanej grupie wiekowej. Zdecydowana większość pacjentów korzysta z placówek leczenia ambulatoryjnego. Najpowszechniej rozpoznawanymi zaburzeniami są zaburzenia lękowe, zaburzenia adaptacyjne i reakcje na ciężki stres, epizody depresyjne oraz zaburzenia depresyjne nawracające. Pozostałe spośród wyróżnionych rodzajów zaburzeń występują z wyraźnie mniejszą częstotliwością. Nieco inaczej przy tym prezentuje się częstotliwość rozpoznań w ramach leczenia szpitalnego. Zdecydowanie największa grupa pacjentów leczona była w tym trybie z powodu reakcji na ciężki stres i zaburzeń adaptacyjnych, drugą najpowszechniejszą przyczyną były zaburzenia afektywne dwubiegunowe, a trzecią – epizody depresyjne. Tego rodzaju charakterystyka procesu diagnozowania choroby najprawdopodobniej związana jest z faktem większego ryzyka bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta cierpiącego na te typy zaburzeń.

W kontekście zasadności realizacji niniejszego Programu zwraca uwagę marginalna ilość świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Relatywnie najczęściej, ale wciąż bardzo sporadycznie, w zakresie nieprzekraczającym 0,5% ogółu chorych, korzystają z niej osoby cierpiące na zaburzenia afektywne dwubiegunowe oraz zaburzenia depresyjne.

⁵⁰ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa śląskiego [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 17.01.2018].

Tab. 4. Rozpoznania dotyczące afektywnych zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem pod postacią somatyczną wykazane w ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom w wieku produkcyjnym** w województwie śląskim w roku 2016 na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Kod ICD-10	Jednostka chorobowa	Liczba rozpoznań							Rozpowszechnienie problemu w populacji w wieku produkcyjnym**
		Opieka psych. ogółem*	Leczenie ambulatoryjne	Świadczenia dzienne	Leczenie stacjonarne	Leczenie zaburzeń nerwicowych	Leczenie uzależnień	Świadczenia rehabilitacyjne	
F30	Epizod maniakalny	186	122	2	68	0	0	0	0,01%
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	5 328	4 484	178	826	2	2	26	0,19%
F32	Epizod depresyjny	17 102	16 406	240	664	0	0	24	0,61%
F33	Zaburzenia depresyjne nawracające	8 410	7 998	212	358	0	0	16	0,30%
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)	1 520	1 444	24	86	0	0	8	0,05%
F38	Inne zaburzenia nastroju (afektywne)	1 680	1 654	14	20	0	0	0	0,06%
F39	Zaburzenia nastroju (afektywne), nieokreślone	416	390	6	18	0	0	2	0,01%
F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii	1 842	1 470	6	4	442	0	0	0,07%
F41	Inne zaburzenia lękowe, w tym:	34 510	29 734	466	274	6 570	32	2	1,22%
	F41.1 Zaburzenie lękowe uogólnione	2 073	1 752	17	16	381	0	0	0,07%
F42	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)	2 522	2 066	54	66	508	0	0	0,09%
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, w tym:	29 004	23 042	276	1 592	3 248	2 274	0	1,03%
	F43.1 Zaburzenie stresowe pourazowe	319	269	0	7	49	2	0	0,01
	F43.2 Zaburzenia adaptacyjne	10 508	7 439	132	854	1 416	1 365	0	0,37
F44	Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	416	310	6	30	88	0	0	0,01%
F45	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoform disorders)	3 052	2 456	42	24	740	8	0	0,11%
F48	Inne zaburzenia nerwicowe	5 566	4 724	12	18	1 040	2	0	0,20%
Łącznie		111 554	96 300	1 538	4 048	12 638	2 318	78	3,96%

* liczba bez powtarzających się rozpoznań (pacjent pojawiający w roku 2016 w różnych zakresach świadczeń został w kolumnie „Opieka psych. ogółem” uwzględniony jeden raz celem uniknięcia przeszacowania populacji, w związku z czym wartość w tej kolumnie nie stanowi sumy wartości z pozostałych kolumn opisujących stan w poszczególnych zakresach świadczeń)

**rozpowszechnienie obliczone na podstawie liczby rozpoznań w „Opiece psych. ogółem” (kolumna 3) oraz liczby mieszkańców województwa w wieku produkcyjnym (2 818 424 osób w 2016r. wg GUS);

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych ze Śląskiego OW NFZ

Objaśnienia do tabeli:

a) opieka psychiatryczna ogółem – wszystkie zakresy; b) leczenie ambulatoryjne – świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02); c) świadczenia dzienne – świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych (04.2700.020.02); d) leczenie stacjonarne – świadczenia psychiatryczne dla dorosłych (04.4700.021.02); e) leczenie zaburzeń nerwicowych – leczenie nerwic (04.1706.007.02), świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych (04.2706.020.02), leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych (04.4704.021.02)

f) leczenie uzależnień – leczenie uzależnień (04.1740.007.02), świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (04.1746.007.02), świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu (04.2712.020.02), świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (04.2714.020.02), świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu (04.2724.021.02), świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu (04.2726.021.02), świadczenia dzienne leczenia uzależnień (04.2740.021.02), leczenie uzależnień stacjonarne (04.4740.002.02), świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne (04.4744.001.02), krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych (04.4746.021.02)

g) świadczenia rehabilitacyjne – świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych (04.2702.020.02), świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej (04.4702.021.02), świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (04.4750.021.02)

Symptodem skali obciążenia publicznego systemu zabezpieczenia społecznego z tytułu świadczeń na rzecz osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi są też dane dotyczące świadczeń wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach powszechnego ubezpieczenia społecznego. Zaburzenia psychiczne pozostają najważniejszą przyczyną wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, odpowiadając za 16% kosztów ponoszonych z tego tytułu. Są to w skali roku kwoty sięgające 5,619 mld zł. Co specyficzne, kwoty wypłat na rzecz kobiet i mężczyzn pozostają zbliżone (nieznacznie wyższe dla kobiet). Udział świadczeń wypłacanych z tej przyczyny w ogólnej kwocie wypłat w przypadku mężczyzn stanowi 15,6%, w przypadku kobiet – 16,5%. Ta symetria jest najprawdopodobniej skutkiem traktowania w statystyce ZUS łącznie zaburzeń związanych z uzależnieniami oraz innych zaburzeń psychicznych. W przypadku województwa śląskiego przeciętna kwota wypłat w przeliczeniu na jedną osobę objętą ubezpieczeniem pozostaje stosunkowo niewysoka, przekraczając nieznacznie 210 zł. Jest ona porównywalna z województwami pomorskim i mazowieckim, wyraźnie niższa od województw kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, łódzkiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego. W przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy, zaburzenia psychiczne są drugą najważniejszą przyczyną ponoszonych wydatków, odpowiadając za 17,3% kosztów (około 2,6 mld zł). W przypadku rent z tytułu całkowitej niezdolności do pracy odsetek ten był już wyraźnie wyższy – 25% - i stanowił najważniejszą przyczynę ponoszonych wydatków. Warto nadmienić, iż spośród wszystkich osób, którym przyznano prawo do renty z omawianych przyczyn, całkowita niezdolność do pracy orzeczona została w 25,8% przypadków, a dodatkowo w stosunku do 9,9% osób orzeciono całkowitą niezdolność do pracy połączoną z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Znaczenie zaburzeń psychicznych zmniejsza się nieco w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych z ubezpieczenia chorobowego, będąc w tym przypadku trzecią z kolei przyczyną wydatków, odpowiedzialną za 15,8% kosztów. Z kolei w przypadku kosztów rehabilitacji leczniczej finansowanej w ramach prewencji rentowej, średni koszt jednostkowy takiej rehabilitacji w przypadku osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi był stosunkowo wysoki – 2735,24 zł, co stanowi trzecią najwyższą kwotę wśród wszystkich wyodrębnionych grup chorób stanowiących tytuł do objęcia rehabilitacją leczniczą⁵¹. Ponadto należy wskazać iż zaburzenia psychiczne dodatkowo zwiększają ryzyko inwalidyzacji w chorobach somatycznych, więc ich rzeczywisty wpływ na wysokość świadczeń wypłacanych w ramach ubezpieczenia społecznego jest wyższy.

⁵¹ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.

Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, iż w analizowanej w ramach niniejszego opracowania grupie rozpoznań, pojawiają się aż trzy jednostki chorobowe znajdujące się wśród 20 generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (43,6% wydatków) – są to reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43; 1,8% wydatków), epizody depresyjne (F32; 1,3% wydatków) oraz zaburzenia depresyjne nawracające (F33; 1,3% wydatków). Łącznie zaburzenia te generują ponad 4% ogółu wydatków ponoszonych przez ZUS w związku z niezdolnością do pracy, osiągając wartość wyższą od przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (3,3% ogółu wydatków), czy też zaburzeń korzeni rdzeniowych i spłotów nerwowych (3,4%)⁵². Ponadto wskazane wyżej rozpoznania F33 oraz F43 wraz z innymi zaburzeniami lękowymi (F41) znajdują się wśród 30 jednostek chorobowych będących przyczyną najdłuższych absencji chorobowych z tytułu choroby własnej zarówno w populacji kobiet, jak i mężczyzn⁵³.

2.5. Dostępność zasobów ochrony zdrowia w opiece psychiatrycznej

W województwie śląskim, zgodnie z danymi na koniec roku 2016, w placówkach ochrony zdrowia pracowało 11,3tys. lekarzy oraz 24,4tys. pielęgniarek, w tym 266 lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz 450 pielęgniarek posiadających specjalizację lub kurs specjalizacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Ponadto w podmiotach leczniczych w województwie pracowało 2 572 fizjoterapeutów oraz 257 dietetyków. Wśród pracowników medycznych znajdowało się również 1 408 psychologów oraz 233 terapeutów zajęciowych^{54,55}.

W roku 2016 w województwie funkcjonowały 22 podmioty psychiatrycznej opieki stacjonarnej, dysponujące łącznie ok. 3tys. łóżek. Wśród podmiotów tych znajdowało się 10 szpitali psychiatrycznych z ok. 2,4tys. łóżek (w tym 4 niepubliczne). W ramach działalności ww. placówek wskazać można m.in. na 24 oddziały psychiatryczne (ok. 1,2tys. łóżek; ok. 13,3tys. leczonych rocznie), 4 oddziały rehabilitacji psychiatrycznej (120 łóżek, ok. 460 chorych leczonych rocznie) oraz 1 hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dysponujący 6 miejscami niewykorzystanymi ani razu w roku 2016. Ponadto w województwie śląskim w

⁵² Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r... op. cit.

⁵³ Absencja chorobowa w 2016 roku... op. cit.

⁵⁴ Personel medyczny w ochronie zdrowia w województwie śląskim, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].

⁵⁵ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017 [stat.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].

analizowanym roku funkcjonowało 199 szpitali ogólnych, posiadających w swej strukturze 626 łóżek na oddziałach psychiatrycznych⁵⁶.

Zgodnie z danymi Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, w województwie śląskim zarejestrowanych pozostaje 338 podmiotów posiadających w swej strukturze poradnię zdrowia psychicznego oraz 254 – poradnię psychologiczną. W przypadku poradni leczenia nerwic oraz poradni psychosomatycznej jest to odpowiednio 51 oraz 6 podmiotów⁵⁷. Zdecydowanie najwięcej porad (64,7%) w roku 2016 zostało sprawozdanych przez poradnie zdrowia psychicznego⁵⁸.

Dostępność do świadczeń opieki psychiatrycznej w województwie śląskim jest niezadawalająca, o czym świadczą dane dotyczące liczby podmiotów leczniczych posiadających umowy z NFZ na realizację omawianego rodzaju świadczeń, a także dostępne dane o czasie oczekiwania na te usługi. Zgodnie ze stanem na luty 2018 Śląski OW NFZ posiada 180 podpisanych umów na realizację ww. świadczeń, w tym m.in.⁵⁹:

- 137 w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych,
- 14 w zakresie leczenia nerwic w trybie ambulatoryjnym,
- 8 w zakresie leczenia środowiskowego (domowego),
- 22 w zakresie świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych,
- 6 w zakresie świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dorosłych,
- 22 w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w trybie stacjonarnym,
- 8 w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla chorych somatycznie w trybie stacjonarnym,
- 1 w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla przewlekle chorych w trybie stacjonarnym,
- 1 w zakresie świadczeń dla osób z zaburzeniami psychicznymi udzielanych w miejscu chronionego zakwaterowania,
- 4 w zakresie świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej,
- 2 w zakresie leczenia nerwic w trybie stacjonarnym.

Zgodnie z dostępnymi danymi, mediana czasu oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego w województwie śląskim w roku 2014 wynosiła 98 dni. W przypadku

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą [rpwdl.csioz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

⁵⁸ Dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach dot. zasobów ochrony zdrowia... op.cit.

⁵⁹ Dane NFZ, Informator o umowach [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 07.02.2018r.]

poradni leczenia nerwic było to 133 dni, natomiast poradni psychologicznej – 181 dni⁶⁰. Biorąc pod uwagę fakt zmniejszonej liczby świadczeniodawców posiadających obecnie umowę z NFZ na realizację ww. świadczeń w stosunku do roku 2014⁶¹, czas oczekiwania na wizytę z wysokim prawdopodobieństwem nie uległ skróceniu.

3. Opis obecnego postępowania

Obecnie realizowane postępowanie w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania uwarunkowane jest przez czynniki prawne, założenia polityki zdrowotnej państwa oraz standardy postępowania. Osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne afektywne oraz nerwicowe 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. Podkreślenia wymaga fakt, że omawianej grupie pacjentów należy zapewnić dostęp nie tylko do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych. Niezwykle istotnym elementem kompleksowej opieki zdrowotnej jest także rehabilitacja psychiatryczna, definiowana jako system skoordynowanych działań mających na celu wyposażenie chorego z zaburzeniami psychicznymi w umiejętności fizyczne, intelektualne i emocjonalne potrzebne do życia, uczenia się i pracy w społeczności, przy możliwie najmniejszym wsparciu ze strony osób i instytucji zawodowo zajmujących się pomaganiem⁶².

Świadczenia gwarantowane w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, dziennych oraz stacjonarnych. Chorzy korzystający ze świadczeń ambulatoryjnych 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 ramach świadczeń realizowanych w warunkach dziennych pacjent ma dostęp 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

⁶⁰ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa śląskiego [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018].

⁶¹ Dane NFZ, Informator o umowach... op.cit.

⁶² Cechnicki A., Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody. Psychiatr. Prakt. Klin., 2009, 2: 41-54.

wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych⁶³. Szczegółowy zakres świadczeń przysługujących pacjentom z omawianą grupą zaburzeń przedstawiono w tabeli 5.

Tab. 5. Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej dla pacjentów z zaburzeniami afektywnymi i nerwicowymi.

Zakres świadczenia	Opis	Rozpoznanie	
		(F30-F39)	(F40-F48)
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	tak
Leczenie nerwic	Porady lub sesje psychoterapii, w tym: - porada lekarska diagnostyczna, terapeutyczna, kontrolna - porada psychologiczna - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja wsparcia psychospołecznego	nie	tak
Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	Porady lub sesje psychoterapii, w tym: - porada psychologiczna - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja wsparcia psychospołecznego	nie	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	tak
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	nie
Świadczenia w trybie dziennym			
Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	Diagnostyka, leczenie oraz wczesna rehabilitacja osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, w tym psychotycznymi.	tak	tak
Świadczenia dzienne	Rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, ze znacznymi.	tak	nie

⁶³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386].

psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych	zagrożającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. Działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.		
Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne	Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia	tak	nie
Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych	Diagnostyka i leczenie osób z zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami osobowości i zachowania dorosłych.	nie	tak
Świadczenia w trybie stacjonarnym			
Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	Diagnostyka i leczenie osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi	tak	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	tak
Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania	Profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne w celu poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych	tak	wyłącz- nie F43
Świadczenia psychiatryczne dla przewlekłe chorych	Leczenie chorych na przewlekłe lub oporne na terapię zaburzenia psychiczne, w szczególności psychotyczne	tak	nie
Świadczenia psychogeriatryczne	Diagnostyka i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniami procesów poznawczych, zwykle powyżej 60 roku życia	tak	nie
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	nie
Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych	Pielęgnacja i rehabilitacja oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach	tak	nie
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne	Opieka, pielęgnacja i rehabilitacja oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach	tak	nie
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	nie
Leczenie zaburzeń nerwicowych	Diagnostyka i leczenie osób z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i zachowania	nie	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	tak

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386].

Ponadto dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w ramach opieki psychiatrycznej 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)⁶⁴.

O randze problemu zaburzeń psychicznych w Polsce świadczy regulacja kwestii związanych z ochroną zdrowia psychicznego na poziomie ustawowym. Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁶⁵ za ochronę zdrowia psychicznego odpowiedzialne są organy władzy rządowej i samorządowej, a także instytucje do tego powołane. Ochrona zdrowia psychicznego obejmuje m.in. promocję 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.

Ponadto należy podkreślić, że przeciwdziałanie negatywnym skutkom zaburzeń psychicznych zostało uznane za jeden z priorytetów polityki zdrowotnej państwa, określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r w sprawie priorytetów zdrowotnych⁶⁶, gdzie wskazano na konieczność zapobiegania, leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych (§1 pkt 3).

Dostrzegając problem braku kompleksowej opieki psychiatrycznej, również podczas opracowywania Priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie śląskim, uznano za zasadne uwzględnienie omawianego problemu zdrowotnego wśród obszarów priorytetowych. Priorytet 5 ww. dokumentu strategicznego zakłada poprawę jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, poprzez rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej dzieci i dorosłych. Zakłada się między innymi: tworzenie kompleksowych ośrodków specjalistycznych; funkcjonalne powiązanie oddziałów całodobowych, dziennych, zespołów środowiskowych i poradni z wykorzystaniem interdyscyplinarnych zespołów specjalistów w leczeniu zaburzeń psychicznych i uzależnień⁶⁷.

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 882, z późn. zmianami].

⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2014 poz. 1138.]

⁶⁷ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie, Wojewoda Śląski, Katowice 30.06.2016r.

Uwagę na problem zaburzeń psychicznych zwraca także podstawowy dokument strategiczny w obszarze zdrowia publicznego – tj. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 (NPZ)⁶⁸. Omawiane problemy skupione zostały w celu operacyjnym 3 pn. „Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa”. W ramach zadań służących jego realizacji przewidziano liczne działania mające na celu upowszechnienie priorytetów działań w obszarze zdrowia psychicznego, upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, prowadzenie aktywnej polityki wobec dzieci i młodzieży, podnoszenie kompetencji kadr medycznych, a także prowadzenie działań na rzecz zapobiegania depresji, samobójstwom i innym autodestrukcyjnym zachowaniom.

Dodatkowo warto wskazać, że jednym z zadań NPZ na lata 2016-2020 jest także konieczność opracowania i realizacji samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego⁶⁹. Za przykład ww. zadania służyć może Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020⁷⁰, którego cele główne są następujące:

- Promocja zdrowia psychicznego i 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;
- Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego;
- Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, celem propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacji na terenie województwa europejskich standardów opieki psychiatrycznej.

Wśród ogólnokrajowych dokumentów strategicznych odnoszących się do problematyki zdrowia psychicznego wymienić należy także „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”. Celem głównym Strategii jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce. Wśród celów długoterminowych do roku 2030 wymieniono m.in.

⁶⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020, Uchwała nr 2406/290/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 października 2013 r.

opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych oraz wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej⁷¹.

W ramach działań ukierunkowanych na zdrowie psychiczne realizowany jest także Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022⁷². Wśród celów głównych i szczegółowych Programu znajduje się:

1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:
 - upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
 - upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy,
 - udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom.
2. Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
 - opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.
3. Monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

Ważnym działaniem w ramach powyższego Programu jest przygotowanie, we współpracy z towarzystwami naukowymi oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego, standardów opieki lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP), które zobowiązane są realizować środowiskową opiekę psychiatryczną. Za tworzenie CZP odpowiedzialne będą samorządy województw, a celem realizowanej w ramach ich działania opieki jest⁷³:

⁷¹ Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.

⁷² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 [Dz. U. 2017 poz. 458].

⁷³ Ibidem.

- poprawa jakości leczenia psychiatrycznego – jego dostępności, ciągłości, kompleksowości, dostosowania do potrzeb, możliwej do osiągnięcia skuteczności i godziwości warunków świadczenia pomocy;
- pomoc chorym w odzyskiwaniu zdrowia, pozycji społecznej, oczekiwanej jakości życia;
- tworzenie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu;
- ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji;
- uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych składać się ma co najmniej z zespołu:

- ambulatoryjnego (przychodni) – zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarские, interwencje socjalne;
- środowiskowego (mobilnego) – zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci wsparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
- dziennego – zadania: hospitalizacja dzienna psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
- szpitalnego – zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem – podstawowym i docelowym rozwiązaniem są świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym.

Za kolejny ważny dokument dotyczący obszaru zdrowia psychicznego uznać należy krajowy program polityki zdrowotnej pn. „Program Zapobiegania Depresji w Polsce na lata 2016 – 2020”, opracowany przez Ministerstwo Zdrowia⁷⁴. Celem głównym Programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych w Polsce, poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych w tym zakresie. Ponadto jego realizację zaplanowano poprzez następujące cele szczegółowe:

- opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce,
- edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu,

⁷⁴ Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020 [mz.gov.pl; dostęp: 20.01.2018r.].

- profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania (kobiety po porodzie, młodzież, osoby starsze) przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej.

Ponadto, w najbliższym czasie Ministerstwo Zdrowia planuje realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”. Projekt ww. programu uzyskał już pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). W ramach zaplanowanych w Programie interwencji realizowane będą działania edukacyjne i szkoleniowe z zakresu depresji poporodowej⁷⁵.

Podjęcie interwencji w omawianym obszarze w ramach regionalnego programu zdrowotnego wpisuje się również w cele operacyjne Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+ (cel operacyjny B.1: Poprawa kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa)⁷⁶ oraz cele strategiczne Strategii Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020 (cel strategiczny 4: Poprawa warunków i jakości życia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i społecznie wykluczonych)⁷⁷.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu polityki zdrowotnej

Konsekwencje zaburzeń psychicznych istotnie wpływają na obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Działania zaproponowane w Programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności oraz wykluczeniu z rynku pracy mieszkańców województwa dotkniętych problemem ww. grupy chorób, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi oraz finansowymi w zakresie wydatków ponoszonych przez ZUS z tytułu świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Województwo śląskie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie zaburzeń psychicznych. Umieralność w województwie z tej przyczyny jest o ok. 60% wyższa, niż w przypadku średniej dla całego kraju, osiągając tym samym poziom najwyższy wśród wszystkich regionów Polski⁷⁸. Ponadto zapadalność rejestrowana dotycząca zarówno zaburzeń nastroju, jak zaburzeń lękowych pozostaje w województwie wyższa od

⁷⁵ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 265/2017 z dnia 20 września 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” [bipold.aotm.gov.pl; dostęp: 20.01.2018r.].

⁷⁶ Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+, Katowice, Lipiec 2013.

⁷⁷ Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020. Aktualizacja 2015. Katowice, 2015.

⁷⁸ Bank Danych Lokalnych, GUS... op. cit.

średniej dla całej Polski⁷⁹. Problem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania znajduje swoje odzwierciedlenie także na rynku pracy. Grupa tych jednostek chorobowych stanowi ok. 8% ogółu przyczyn łącznej liczby dni absencji chorobowej rocznie, w tym reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) na poziomie 2,3%, inne zaburzenia lękowe (F41) na poziomie 1,1%, natomiast zaburzenia depresyjne nawracające (F33) – 0,8%⁸⁰. Obserwowana sytuacja wiąże się z ponoszeniem znacznych nakładów finansowych na świadczenia z ubezpieczenia społecznego związane z niezdolnością do pracy. Reakcja na ciężki stres (F43) oraz zaburzenia depresyjne nawracające (F33) znajdują się wśród 20 jednostek chorobowych generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy – odpowiednio 1,8% oraz 1,3% ogółu wydatków⁸¹. Wskazane wyżej dane stanowią bezsporne 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 afektywnych i nerwicowych możliwe jest dzięki podejmowaniu kompleksowych działań rehabilitacyjnych. Istotną przeszkodę w osiągnięciu pełnych rezultatów rehabilitacji medycznej stanowi bardzo niski odsetek pacjentów z rozpoznaniem chorób w obrębie ww. grupy, 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%⁸². Dane te wskazują na istnienie wyraźnie zauważalnego deficytu w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych dla osób z omawianymi problemami zdrowotnymi, zamieszkującymi obszar województwa śląskiego. Ponadto należy podkreślić, iż interwencje oferowane w Programie stanowią w znacznej części świadczenia uzupełniające w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych, a zaplanowanie ich w trybie ambulatoryjnym pozwoli na zwiększenie dostępu do działań z zakresu profilaktyki wtórnej dla osób z populacji docelowej.

Zarząd Województwa Śląskiego planuje wdrożenie „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022” w odpowiedzi na niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz obserwowaną sytuację zdrowotną. Wdrożenie Programu

⁷⁹ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa śląskiego... op. cit.

⁸⁰ Absencja chorobowa w 2016 roku... op. cit.

⁸¹ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r... op.cit.

⁸² Dane NFZ pozyskane na potrzeby opracowania projektu

uzasadnione jest także wskazaniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wśród pięciu grup schorzeń, będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej w Polsce, których powinny dotyczyć programy rehabilitacji medycznej współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego⁸³.

4.1. Komplementarność RPZ z działaniami podejmowanymi na poziomie krajowym

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

- 1) Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁸⁴ – priorytet 5: zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- 2) Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020⁸⁵: *cel operacyjny 3: Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa*;
- 3) Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022⁸⁶: *cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb*;
- 4) Krajowymi ramami strategicznymi. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020⁸⁷: Punkt 5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce, 5.3. Struktura celów strategicznych, 5.3.1. *Cel główny: Celem głównym jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce, Cele długoterminowe do 2030 r.: Cel 1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych; Cel 3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej; Cel 4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).*

⁸³ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018r.

⁸⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

⁸⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia... op. cit.

⁸⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony... op. cit.

⁸⁷ Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020... op. cit.

Problematyka poruszana w Programie została podjęta częściowo (w odniesieniu do zaburzeń nastroju) na poziomie krajowym w postaci realizowanego „Programu Zapobiegania Depresji w Polsce na lata 2016 – 2020”⁸⁸ oraz planowanego do realizacji „Programu w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”⁸⁹, opisanych w części dot. obecnego postępowania. Działania w niniejszym regionalnym programie zdrowotnym nie powielają tych zaplanowanych do realizacji w ramach programów ogólnopolskich, ponieważ obejmują interwencje z zakresu profilaktyki wtórnej (tj. skierowane są do pacjentów już zdiagnozowanych), podczas gdy na poziomie krajowym są to działania w obszarze profilaktyki pierwotnej.

4.2. Komplementarność RPZ z działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym

„Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022” zaplanowany został w ramach RPO WSL na lata 2014–2020⁹⁰, osi priorytetowej VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy, *działanie 8.3: Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy, poddziałanie 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej, typ 1: Opracowywanie programów zdrowotnych dot. rehabilitacji leczniczej, ułatwiających powroty do pracy i utrzymanie zatrudnienia we współpracy z pracodawcami oraz typ 2: Wdrażanie programów zdrowotnych dot. rehabilitacji leczniczej, ułatwiających powroty do pracy i utrzymanie zatrudnienia we współpracy z pracodawcami.*

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

- 1) Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie śląskim⁹¹ – priorytet 5: *Poprawa jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi poprzez rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej dorosłych i dzieci;*
- 2) Strategią Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+⁹² - cel operacyjny B.1: *Poprawa kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa;*

⁸⁸ Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020... op. cit.

⁸⁹ Opinia Prezesa AOTMiT nr 265/2017 z dnia 20 września 2017 r.... op. cit.

⁹⁰ Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Wersja 12.0, Katowice, grudzień 2017 r.

⁹¹ „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie”... op. cit.

⁹² Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+... op. cit.

- 3) Śląskim Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020⁹³ – *cel główny 2: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;*
- 4) Strategią Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020⁹⁴ - *cel strategiczny 4: Poprawa warunków i jakości życia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i społecznie wykluczonych.*

⁹³ Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020, Uchwała nr 2406/290/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 października 2013 r.

⁹⁴ Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020. Aktualizacja 2015. Katowice, 2015.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki jego efektywności

1. Cel główny

Przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności psychicznej i społecznej oraz zdolności do aktywności zawodowej co najmniej 1 184 mieszkańcom województwa śląskiego w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnym zawodowo lub deklarującym gotowość do podjęcia zatrudnienia, z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi, będącym uczestnikami Programu w latach 2019-2022.

2. Cele szczegółowe

1. Wzrost o co najmniej 70% liczby osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych afektywnych oraz nerwicowych, będących uczestnikami Programu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2019-2022.
2. Ograniczenie lub skompensowanie funkcjonalnych deficytów wynikających z zaburzeń psychicznych afektywnych oraz nerwicowych, poprzez udzielenie wsparcia specjalistycznego, u co najmniej 10% osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, objętych interwencjami w Programie w latach 2019-2022.
3. Zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 60% uczestników, poprzez prowadzone działania edukacyjne, w populacji docelowej osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, objętych Programem w latach 2019-2022.
4. Wzrost kwalifikacji z zakresu nowoczesnych metod rehabilitacji zaburzeń psychicznych afektywnych i nerwicowych u co najmniej 60% przedstawicieli personelu medycznego świadczącego usługi medyczne, dzięki szkoleniom zaplanowanym do realizacji w latach 2019-2020.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. 6. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Miernik efektywności	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Liczba osób objętych Programem zdrowotnym dzięki współfinansowaniu z EFS (uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie)	2 955	Liczba oświadczeń o udziale w Programie
Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w Programie	300	Listy obecności
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych na szkoleniach dla kadr medycznych	co najmniej 60% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla pre-testów przeprowadzanych przed szkoleniem w porównaniu z post-testami przeprowadzanymi po szkoleniu
Liczba osób uczestniczących w badaniu lekarskim kwalifikującym do Programu	3 250	Listy prowadzone przez realizatora
Odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie	co najmniej 70% uczestników	Liczba oświadczeń o udziale w Programie
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych	co najmniej 60% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po prelekcji w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed prelekcją
Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 10% uczestników	Wyniki w zakresie funkcjonowania psychologicznego na podstawie pytań z domeny psychologicznej kwestionariusza WHOQOL-100 (różnica pomiędzy wartością deklarowaną przez pacjenta na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)
Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 10% uczestników	Wyniki w zakresie niezależności na podstawie pytań z domeny niezależności kwestionariusza WHOQOL-100 (różnica pomiędzy wartością deklarowaną przez pacjenta na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)
Odsetek osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	co najmniej 40% uczestników	Informacje dotyczące aktywności zawodowej uczestników (uzyskane na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)
Liczba osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	co najmniej 1 184	Informacje dotyczące aktywności zawodowej uczestników (uzyskane na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)

* Wartości mierników efektywności przyjęto biorąc pod uwagę ograniczone środki finansowe przeznaczone na realizację Programu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Zgodnie z danymi GUS⁹⁵ województwo śląskie zamieszkuje ok. 4 559 164 mieszkańców (11,86% ludności kraju), w tym 51,77% kobiet oraz 48,23% mężczyzn. Ludność w wieku produkcyjnym stanowi 61,8% ogółu mieszkańców zarówno w przypadku województwa śląskiego, jak i całego kraju. Wskaźnik obciążenia demograficznego dla województwa osiąga wartość zbliżoną do wartości krajowej. Szczegóły przedstawiono za pomocą tabeli 7.

Tab. 7. Ludność województwa śląskiego wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle kraju.

Wyszczególnienie			Śląskie	Polska
			2016	2016
Ludność ogółem			4 559 164	38 432 992
Wiek przedprodukcyjny	ogółem	liczba	767 290	6 895 878
		%	16,8	17,9
	mężczyźni	liczba	392 796	3 538 551
		%	51,2	51,3
	kobiety	liczba	374 494	3 357 327
		%	48,8	48,7
Wiek produkcyjny	ogółem*	liczba	2 818 424	23 767 614
		%	61,8	61,8
	mężczyźni	liczba	1 490 539	12 584 291
		%	52,9	52,9
	kobiety	liczba	1 327 885	11 183 323
		%	47,1	47,1
Wiek poprodukcyjny	ogółem	liczba	973 450	7 769 500
		%	21,4	20,2
	mężczyźni	liczba	315 521	2 470 324
		%	32,4	31,8
	kobiety	liczba	657 929	5 299 176
		%	67,6	68,2
Wskaźnik obciążenia demograficznego**			61,8	61,7

* 18-64 lata mężczyźni, 18-59 lat kobiety

** ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Populacja kwalifikująca się do Programu wyłoniona zostanie spośród osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, których liczba w

⁹⁵ Liczba osób w wieku produkcyjnym, stan na 31.12.2016r., Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 05.01.2018r.]

województwie śląskim wynosi 2 818 424⁹⁶. Interwencje w Programie skierowane będą do populacji docelowej osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, dotkniętych problemem zaburzeń psychicznych afektywnych i nerwicowych oraz przedstawicieli kadry medycznej, świadczących usługi pacjentom z ww. problemami zdrowotnymi.

Działania szkoleniowe w Programie skierowane będą do lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinie, psychologów oraz fizjoterapeutów. W województwie śląskim w roku 2016 zatrudnionych było 266 lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, 1 408 psychologów oraz 2 572 fizjoterapeutów. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi, etap I Programu w latach 2019-2020 obejmie 300 uczestników.

Według wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020⁹⁷ Regionalne Programy Zdrowotne z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy, realizowane w ramach RPO, powinny być ukierunkowane na osoby w wieku aktywności zawodowej najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych. Bazując na danych ZUS, przedstawionych w części dotyczącej opisu problemu zdrowotnego oraz epidemiologii, za osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu zaburzeń psychicznych i nerwicowych uznano populację osób pracujących z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających (F33), zaburzeń lękowych uogólnionych (F41.1), zaburzeń stresowych pourazowych (F.43.1) lub zaburzeń adaptacyjnych (F43.2). Za osoby najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych, w tym przypadku, uznano osoby bezrobotne oraz deklarujące gotowość do podjęcia zatrudnienia z tej samej grupy wiekowej. Doboru populacji docelowej dokonano biorąc dodatkowo pod uwagę fakt, iż wymienione wyżej zaburzenia ze względu na swoją specyfikę mogą wpływać negatywnie na aktywność społeczną oraz zawodową. W przypadku depresji nawracającej i zaburzeń lękowych uogólnionych istotną rolę odgrywa wysokie ryzyko nawrotowości objawów, a więc zwiększonych absencji w pracy oraz wynikających z tego trudności adaptacyjnych po powrocie do pracy. Zespół stresu pourazowego oraz zaburzenia

⁹⁶ Ibidem.

⁹⁷ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018r.

adaptacyjne zwiększają ryzyko uaktywnienia się innych zaburzeń psychicznych, np. depresji oraz zaburzają funkcjonowanie społeczne jednostki. Również w przypadku tych zaburzeń objawy są zwykle przewlekłe, a leczenie podstawowe może okazać się niewystarczające do pełnego powrotu do zdrowia i efektywnego funkcjonowania psychospołecznego. Z tego względu rehabilitacja psychiatryczna jest dla wymienionych grup pacjentów szansą na zidentyfikowanie i wzmocnienie swoich wewnętrznych zasobów oraz skompensowanie deficytów wynikających z ostrej fazy zaburzenia, które przebyli. Celem zapobieżenia podwójnemu finansowaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej założono, iż Programem objęci zostaną pacjenci z rozpoznaniem wskazanych wyżej jednostek chorobowych w wywiadzie, nie korzystający w ciągu 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych.

Zgodnie z danymi Śląskiego OW NFZ w roku 2016 świadczenia opieki psychiatrycznej w związku z ww. rozpoznaniem wg ICD-10 otrzymało ok. 21,3tys. pacjentów w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn. Po uwzględnieniu współczynnika aktywności zawodowej ludności województwa śląskiego⁹⁸ populację docelową oszacowano na ok. 15,5tys. osób. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi etap II Programu w latach 2019-2022 obejmie 2 955 uczestników tj. ok. 19% populacji docelowej.

Program skierowany jest do osób z ww. grup docelowych, które zgłoszą chęć uczestnictwa w projektach realizowanych przez beneficjentów/realizatorów wyłonionych w ramach konkursu w ramach RPO WSL na lata 2014-2020. Istotnym elementem Programu jest równy dostęp mieszkańców województwa śląskiego zarówno do udziału w Programie, jak również do wiedzy z zakresu profilaktyki zdrowotnej. W związku z powyższym niezbędne jest prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnych w równym zakresie na terytorium całego regionu. W tym celu zalecane jest wykorzystanie mediów tradycyjnych oraz interaktywnych

⁹⁸ Wartość współczynnika aktywności zawodowej ludności w wieku produkcyjnym – 72,9% [Aktywność ekonomiczna ludności w województwie śląskim w III kwartale 2017r., Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice, Grudzień 2017; katowice.stat.gov.pl, dostęp: 02.02.2017r.]

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

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

2.1.1. Kryteria włączenia:

- osoba posiadająca kwalifikacje do wykonywania zawodu: lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, lekarz rezydent odbywający specjalizację w ww. dziedzinie, psycholog, fizjoterapeuta;
- wykonywanie aktualnie pracy zawodowej na rzecz osób z zaburzeniami afektywnymi oraz nerwicowymi i ich rodzin;
- zatrudnienie na terenie województwa śląskiego.

2.1.2. Kryteria wyłączenia: Brak

2.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

2.2.1. Kryteria włączenia:

- wiek: 18-64 lat mężczyzna, 18-59 lat kobieta,
- pozostawanie aktywnym zawodowo lub deklarującym gotowość do podjęcia zatrudnienia⁹⁹,
- zamieszkiwanie na terenie województwa śląskiego;
- rozpoznanie w wywiadzie: zaburzeń depresyjnych nawracających (F33), zaburzeń lękowych uogólnionych (F41.1), zaburzeń stresowych pourazowych (F.43.1) lub zaburzeń adaptacyjnych (F43.2);
- zakończenie leczenia właściwego ww. zaburzeń;
- dostęp do telefonu stacjonarnego lub komórkowego.

2.2.2. Kryteria wyłączenia:

- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym, np. ciężka depresja, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe;

⁹⁹ Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym); [Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018 r.].

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu (mechanizm zapobiegający podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika programu, np. oświadczenie pacjenta).

2.3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

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

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Wykonawców poprzez nawiązanie bezpośredniego kontaktu z podmiotami działalności leczniczej (w tym szczególnie z poradniami zdrowia psychicznego, szpitalami psychiatrycznymi, oddziałami psychiatrycznymi), a także lekarskim samorządem zawodowym (Śląska Izba Lekarska) oraz oddziałami Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów. Wśród sposobów rozpowszechnienia informacji o szkoleniach dla kadry medycznej zaleca się wykorzystanie m.in. drogi pocztowej, mailowej oraz telefonicznej, natomiast ostatecznie zależne one będą od wyboru narzędzi przez Wykonawcę/Wykonawców w złożonym projekcie.

2.3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

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

3. Planowane interwencje

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

3.1. Szkolenia dla personelu medycznego (etap I)

Szkolenia mające na celu wzrost kwalifikacji personelu medycznego z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji zaburzeń depresyjnych i lękowych obejmą swym zasięgiem 300 uczestników tj. lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinie, psychologów oraz fizjoterapeutów.

Szkolenia realizowane będą w trybie jednodniowym, obejmując łącznie co najmniej 8 godzin edukacyjnych (45-minutowych) w grupach max. 30-osobowych. Realizator zapewni, że szkolenia prowadzone będą przez lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii lub psychologów z kwalifikacjami w zakresie psychoterapii, doświadczonych w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem zaburzeń psychicznych afektywnych i nerwicowych. W przypadku działań skierowanych do grupy fizjoterapeutów dopuszcza się dodatkowo prowadzenie szkolenia przez lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Treści przekazywane w ramach szkoleń dotyczyły będą m.in.:

- w przypadku lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinie oraz psychologów: kompleksowości postępowania w rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi, nowoczesnych metod psychoterapii stosowanych w usprawnianiu funkcji poznawczych, rehabilitacji psychiatrycznej z udziałem nowoczesnych technologii, efektywnego łączenia farmakoterapii z metodami nefarmakologicznymi, najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki,
- w przypadku fizjoterapeutów: kompleksowości postępowania w rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi, nowoczesnych metod rehabilitacji stosowanych w usprawnianiu funkcji ruchowych, rehabilitacji ruchowej pacjentów psychiatrycznych z udziałem nowoczesnych technologii, najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki.

Celem oceny efektywności szkoleń Realizator opracuje ankietę ewaluacyjną dot. przekazywanych treści, obejmującą min. 20 pytań zamkniętych. Anonimowa ankieta zostanie przeprowadzona przed szkoleniem w formie pre-testu oraz po szkoleniu w formie post-testu.

Wyniki ankiet zostaną wprowadzone do arkusza programu Excel i przekazane Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej. Dodatkowo organizator będzie zobowiązany do przeprowadzenia wśród uczestników ankiet oceniających jakość przeprowadzonych działań oraz wydania uczestnikom certyfikatów potwierdzających podniesienie kwalifikacji zawodowych.

3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Kompleksowa rehabilitacja w ramach Programu obejmie 2 955 pacjentów dotkniętych problemem zaburzeń depresyjnych i lękowych. W ramach omawianej interwencji zaplanowano dla każdego uczestnika następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Pierwsza konsultacja psychiatryczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe,
- analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania: zaburzenie depresyjne nawracające, zaburzenie lękowe uogólnione, zaburzenie stresowe pourazowe, zaburzenie adaptacyjne [wg. CD-10: F33, F41.1, F43.1, F43.2],
- analizę dokumentacji medycznej stwierdzającej zakończenie leczenia właściwego ww. zaburzeń,
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie (m.in. ciężka depresja, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe),
- uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń (w tym o posiadanym dostępie do telefonu stacjonarnego lub komórkowego) oraz 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;

Należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonane badanie kwalifikujące do Programu, może być zwiększona o 10%, w relacji do liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów.

2) Pierwsza konsultacja psychologiczna realizowana przez psychologa, obejmująca:

- wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności zawodowej pacjenta),
- zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta,
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie,
- dokonanie oceny funkcjonowania psychologicznego oraz poziomu niezależności (na podstawie pytań z domeny psychologicznej oraz domeny niezależności kwestionariusza WHOQOL-100) wraz z odnotowaniem wyników w arkuszu programu Excel,
- ustalenie harmonogramu indywidualnych spotkań terapeutycznych,
- ustalenie harmonogramu konsultacji telefonicznych,
- zaplanowanie indywidualnego planu konsultacji specjalistycznych;

Należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonane badanie kwalifikujące do Programu, może być zwiększona o 10%, w relacji do liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów.

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

3) Indywidualne spotkania terapeutyczne realizowane przez psychologa:

11 spotkań indywidualnych, trwających min. 45min. Tematyka spotkań dostosowana do potrzeb konkretnego pacjenta. Wykorzystane będą terapie stosujące metody oparte na dowodach naukowych, zależne od indywidualnych potrzeb pacjenta oraz nurtu psychologicznego, w którym pracuje dany terapeuta lub ośrodek (rekomenduje się podejście poznawczo-behawioralne, jako posiadające najwięcej udokumentowanych dowodów skuteczności klinicznej);

4) Konsultacje telefoniczne realizowane przez psychologa:

- 4 obligatoryjne konsultacje w trybie weekendowym, inicjowane przez pacjenta lub psychologa, zgodnie z zaplanowanym uprzednio harmonogramem. Tematyka konsultacji i czas dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjenta (max. 45min).

Celem konsultacji jest monitorowanie stanu psychicznego pacjenta oraz ewentualne udzielenie doraźnego wsparcia psychologicznego;

5) Indywidualne konsultacje specjalistyczne obejmujące 3 konsultacje do wyboru z poniższych:

- konsultacje z doradcą zawodowym, których celem jest udzielenie profesjonalnego wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej,
- konsultacje z psychoterapeutą z zastosowaniem metod psychoterapeutycznych (rekomenduje się podejście poznawczo-behawioralne, jako posiadające najwięcej udokumentowanych dowodów skuteczności klinicznej);

6) Trening redukcji stresu oparty na metodach uznanych naukowo, realizowany przez psychologa, obejmujący:

- 9 spotkań grupowych dla pacjentów, trwających min. 1,5h, w grupach max. 12 osobowych. Spotkania mają na celu zwiększenie kompetencji uczestników w zakresie umiejętności relaksacji psychofizycznej;

7) Warsztaty terapeutyczne:

- warsztat psychodramy realizowany przez psychologa posiadającego kwalifikacje w zakresie psychodramy, w formie 1 spotkania trwającego min. 3 godziny edukacyjne (135min), w grupie max. 12 osobowej; warsztat ma na celu przepracowywanie uczuć oraz doświadczeń pacjentów poprzez wykorzystanie elementów dramy i teatru,
- warsztat radzenia sobie z emocjami realizowany przez psychologa, w formie 1 spotkania trwającego min. 3 godziny edukacyjne (135min.), w grupie max. 12 osobowej; warsztat ma na celu przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy na temat wpływu emocji na funkcjonowanie poznawcze, relacje społeczne i samopoczucie fizyczne oraz praktycznej umiejętności zarządzania własnymi emocjami,

8) Warsztat asertywności realizowany przez psychologa: w formie 1 spotkania trwającego min. 3 godziny edukacyjne (135min.), w grupie max. 12 osobowej; warsztat ma na celu przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy na temat asertywności oraz praktycznej umiejętności zastosowania asertywnej komunikacji oraz asertywnych zachowań w życiu codziennym;

9) Działania edukacyjne zaplanowane obligatoryjnie w odniesieniu do każdego z uczestników, obejmujące:

- 1 spotkanie realizowane przez psychologa, trwające max. 3 godz. edukacyjne, w grupie max. 30 osobowej, uwzględniające badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu

po prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych¹⁰⁰ (spotkanie będzie realizowane z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji, tematyka spotkania zostanie szczegółowo zaplanowana przez realizującego je psychologa, natomiast powinna obejmować co najmniej następujące treści: radzenie sobie ze stresem oraz związek stylu życia, w tym m.in. aktywności fizycznej, diety, snu i wypoczynku, ze zdrowiem psychicznym);

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

- wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności zawodowej pacjenta),
- dokonanie oceny funkcjonowania psychologicznego oraz poziomu niezależności (na podstawie pytań z domeny psychologicznej oraz domeny niezależności kwestionariusza WHOQOL-100) wraz z odnotowaniem wyników w arkuszu programu Excel,
- ewentualne wydanie na piśmie informacji o funkcjonowaniu psychologicznym pacjenta z zaleceniem przekazania go terapeutce, jeśli pacjent pozostaje w kontakcie z terapeutą;

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

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) i przedmiotowe,
- przekazanie ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 1),
- uzupełnienie karty oceny skuteczności Programu, zawierającej informacje o aktualnej aktywności zawodowej uczestników oraz stanie ich zdrowia (w tym porównanie uzyskanych wyników standaryzowanych kwestionariuszy zastosowanych w Programie z wartościami początkowymi);
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii.

¹⁰⁰ Realizator będzie zobowiązany do wprowadzenia wyników ankiet do arkusza programu Excel i przekazania Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej

Tab. 8. Przykładowy harmonogram kompleksowej rehabilitacji uczestników Programu.

TYDZIEŃ												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	20

* 1h=45min

3.3. Zwrot kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej

W ramach Programu zaplanowano także możliwość otrzymania przez uczestników zwrotu kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej. Zwrot ten, w związku z ograniczeniami budżetowymi, przysługiwał będzie 9% uczestników objętych Programem, w tym priorytetowo osobom niepełnosprawnym. Otrzymanie zwrotu będzie możliwe po ukończeniu indywidualnego cyklu rehabilitacji na podstawie okazania zakupionego wykorzystanego biletu (biletów). Możliwość przyznania zwrotu kosztów dojazdu będzie każdorazowo rozpatrywana indywidualnie w zależności od sytuacji uczestnika Programu.

3.4. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wynikach badań naukowych.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 zakłada m.in. upowszechnienie modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej oraz łączenie różnych form pomocy i wsparcia psychicznego. Wytyczne NICE (2009, 2011, 2016)^{101,102,103} dotyczące opieki nad pacjentami z depresją, poza tradycyjnym leczeniem opartym na psychoterapii i farmakoterapii, sugerują uaktywnianie pacjentów poprzez różnego rodzaju działania

¹⁰¹ NICE Clinical guideline [CG91], Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management, October 2009 [nice.org.uk; dostęp: 20.01.2018r.]

¹⁰² NICE Clinical guideline [CG123], Common mental health problems: identification and pathways to care, May 2011 [nice.org.uk; dostęp: 20.01.2018r.]

¹⁰³ NICE Clinical guideline [NG53], Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings, August 2016 [nice.org.uk; dostęp: 20.01.2018r.]

psychospołeczne (między innymi udział w grupach wsparcia) oraz dostosowanie form interwencji do aktualnego stanu zdrowia i nasilenia objawów choroby. Zalecana jest również kompleksowa opieka nad pacjentami po leczeniu szpitalnym, w szczególności zagrożonych samobójstwem.

W wielu krajach na świecie programy skierowane do pacjentów chorujących na depresję organizowane są i przeprowadzane przez profesjonalnie przygotowane do tego zespoły psychoedukatorów, osób z wykształceniem psychologicznym, psychoterapeutycznym oraz psychiatrycznym. Podkreśla się, że pomoc powinna być udzielana blisko miejsca zamieszkania, przez zorganizowanie leczenia psychiatrycznego i psychoterapii w modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej¹⁰⁴.

W celu zwiększenia dostępności dla pacjenta pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej, coraz częściej wykorzystuje się w opiece psychiatrycznej zdalną formę kontaktu. Wyniki badań klinicznych potwierdzają skuteczność takiej formy pomocy, nawet w przypadku pacjentów cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne, jak depresja dwubiegunowa czy schizofrenia¹⁰⁵. Wykazano również ich pozytywny wpływ na pacjentów z zaburzeniami lękowymi¹⁰⁶ oraz z depresją jednobiegunową¹⁰⁷. Zaletą tej formy kontaktu jest, obok skuteczności, również jej dostępność, akceptowalność przez pacjentów i niższy koszt, w porównaniu z wizytą stacjonarną.

Oprócz tradycyjnych form psychoterapii indywidualnej i grupowej, coraz większą popularnością cieszą się również takie nowatorskie formy interwencji psychologicznych, jak na przykład trening redukcji stresu. Szczególną popularność zyskał w tym względzie trening oparty na uważności (mindfulness). Jedną z dostępnych w literaturze naukowej metaanaliz, obejmującą 18 badań opisujących związek ćwiczeń opartych na uważności z poziomem lęku i depresji wykazała, że regularny trening uważności obniża poziom depresji i lęku, nawet jeśli nie towarzyszą temu inne interwencje terapeutyczne¹⁰⁸. W innej metaanalizie z kolei

¹⁰⁴ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.

¹⁰⁵ Depp CA, Mausbach B, Granholm E, Cardenas V, Ben-Zeev D, Patterson TL, Lebowitz BD, Jeste DV. Mobile interventions for severe mental illness: design and preliminary data from three approaches. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(10):715-21.

¹⁰⁶ Firth J, Torous J, Nicholas J, Carney R, Rosenbaum S, Sarris J. Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord.* 2017;218:15-22.

¹⁰⁷ Schlosser DA, Campellone TR, Truong B, Anguera JA, Vergani S, Vinogradov S, Arean P. The feasibility, acceptability, and outcomes of PRIME-D: A novel mobile intervention treatment for depression. *Depress Anxiety.* 2017;34(6):546-554.

¹⁰⁸ Blanck P, Perleth S, Heidenreich T, Kröger P, Ditzen B, Bents H, Mander J. Effects of mindfulness exercises as stand-alone intervention on symptoms of anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2018;102:25-35.

potwierdzono, że interwencje oparte na uważności są skuteczne w leczeniu depresji i lęku u osób aktualnie doświadczających tych zaburzeń, ale również mogą one zmniejszyć ryzyko nawrotów depresji u osób z nawracającą depresją w wywiadzie¹⁰⁹.

Jednym z podstawowych programów wsparcia środowiskowego dla osób chorych psychicznie oraz uczestniczących w rehabilitacji psychiatrycznej są, obok środowiskowych domów samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej. Są one nastawione w dużym stopniu na aktywizację zawodową uczestników i ich powrót na rynek pracy¹¹⁰. W tej formie interwencji istotne jest, aby charakter warsztatów był adekwatny do potrzeb uczestników i pomógł im efektywnie skompensować deficyty wynikające z choroby oraz usprawnić już posiadane umiejętności. W przypadku osób z zaburzeniami afektywnymi i nerwicowymi szczególną rolę odgrywają umiejętności z obszaru asertywności. Warsztaty asertywności wzmacniają umiejętność konstruktywnego wyrażania własnych przekonań, pomagają budować pewność siebie oraz minimalizować lęk społeczny. Wyniki badania, w którym uczestniczyli pacjenci z diagnozą depresji, zaburzeń lękowych oraz zaburzeń adaptacyjnych potwierdziły, że uczestnictwo w treningu asertywności pozwoliło pacjentom odnieść wymierne korzyści w opisanym zakresie¹¹¹. W wielu badaniach wykazano również, że stosowanie aktywności fizycznej wiąże się ze zmniejszeniem objawów depresji i lęku, poprawą zdrowia fizycznego, zadowolenia z życia, funkcjonowania poznawczego i dobrego samopoczucia psychicznego u pacjentów leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych i lękowych. W łagodnej postaci tych zaburzeń mogą być wręcz alternatywą dla leczenia farmakologicznego¹¹². Wykazano również, że sposób odżywiania się wpływa na prawdopodobieństwo wystąpienia depresji oraz nasilenie objawów depresyjnych. Dotyczy to zwłaszcza takich aspektów jedzenia, jak: koncentracja na jedzeniu, uważność w trakcie jedzenia, obecność dystraktorów¹¹³.

¹⁰⁹ Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(4):e96110.

¹¹⁰ Bronowski P, Sawicka M, Rowicka M, Bronowska M. Social networks and social functioning level among occupational therapy workshops and community-based support centers users. *Psychiatr Pol*. 2017;51(1):139-152.

¹¹¹ Lin YR, Wu MH, Yang CI, Chen TH, Hsu CC, Chang YC, Tzeng WC, Chou YH, Chou KR. Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. *J Clin Nurs*. 2008;17(21):2875-83.

¹¹² Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med*. 2011;41(1):15-28.

¹¹³ Winkens LHH, van Strien T, Brouwer IA, Penninx BWJH, Visser M, Lähteenmäki L. Associations of mindful eating domains with depressive symptoms and depression in three European countries. *J Affect Disord*. 2018;228:26-32.

3.5. Spójność merytoryczna i organizacyjna

W opinii autorów projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi ogólnopolskimi programami profilaktycznymi realizowanymi przez ministrów lub Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dodatkowo, warto zaznaczyć, że mimo iż część zaplanowanych interwencji stanowi świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej, to w opinii autorów działania rehabilitacji psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym połączone z zaplanowanymi działaniami obejmującymi podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej, konsultacje telefoniczne, trening redukcji stresu, warsztaty terapeutyczne i asertywności, konsultacje specjalistyczne (w tym doradztwo zawodowe) oraz działania edukacyjne stanowią logiczną całość oraz skierowane są do zdefiniowanej grupy docelowej. W związku z powyższym zgodnie z wytycznymi dla EFS, w opinii autorów, mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia realizowane w ramach Programu będą bezpłatne i dobrowolne, odbywać się będą po wyrażeniu przez pacjenta świadomej zgody na uczestnictwo w Programie. Ponadto wszystkie zaplanowane działania prowadzone będą z poszanowaniem prywatności oraz ochrony danych osobowych.

Za zaproszenie uczestników do Programu odpowiedzialni będą wyłonieni w drodze konkursu realizatorzy, a koszty akcji promocyjno-informacyjnej zostaną wliczone w koszty pośrednie. Dostęp do interwencji w ramach Programu zapewniony będzie w godzinach porannych oraz popołudniowych od poniedziałku do piątku, a także w godzinach porannych w soboty, celem dostosowania do potrzeb uczestników. Konsultacje telefoniczne realizowane będą w soboty i niedziele między godziną 10 a 18, według indywidualnych ustaleń pacjenta z psychologiem. Ponadto uczestnik Programu będzie miał możliwość kontaktu telefonicznego z realizatorem celem m.in. pozyskania informacji w zakresie terminów udzielania świadczeń, czy też przełożenia wizyty/konsultacji/warsztatów.

Świadczenia będą realizowane przez multidyscyplinarne zespoły specjalistów, składające z lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, psychologów, fizjoterapeutów, dietetyków, terapeutów uzależnień i doradców zawodowych. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących poszczególne etapy Programu opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Wszyscy ww. specjaliści będą ze sobą aktywnie współpracować celem zapewnienia uczestnikowi Programu kompleksowej opieki. W ramach Programu zaplanowano długotrwałą, kilkutygodniową współpracę pacjenta z ww. zespołem, której celem jest wypracowanie oraz późniejsze podtrzymanie odpowiednich zachowań zdrowotnych przez pacjenta.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Organizator dopuszcza zakończenie udziału pacjenta w Programie na każdym jego etapie na życzenie samego pacjenta. W przypadku ukończenia pełnego cyklu programu pacjent:

- otrzymuje wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego,
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 1), której wyniki będą pomocne w ewaluacji Programu,
- kończy udział w Programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu Programu pacjent:

- zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w Programie (brak uzyskania pełnej efektywności działań rehabilitacyjnych w zakresie poprawy stanu zdrowia i jakości życia),
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Części składowe programu polityki zdrowotnej są następujące:

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

Program będzie przebiegał w następujących etapach:

Etap I. Szkolenia dla personelu medycznego,

Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu.

2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

2.1. Szkolenia dla personelu medycznego (etap I)

Organizator szkoleń zaplanowanych w ramach Programu powinien:

- zapewnić niezbędną infrastrukturę celem realizacji zaplanowanych szkoleń;
- posiadać doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/warsztatów z zakresów medycznych (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 8 godzin, dla min. 50 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami);
- zapewnić prowadzenie wykładów wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii lub psychologów z kwalifikacjami w zakresie psychoterapii, posiadających co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem zaburzeń psychicznych afektywnych i nerwicowych lub lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

2.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Realizator wyłoniony w drodze konkursu powinien spełniać wymagania lokalowe i sprzętowe, a także wymagania dotyczące kompetencji specjalistów udzielających świadczeń w Programie (lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, psycholog) określone przepisami zawartymi w załączniku nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w części dotyczącej świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych (porada lekarska terapeutyczna, w tym personel: pkt. 1-3; porada psychologiczna, w tym personel: pkt 1)¹¹⁴.

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

- 1) wszyscy psycholodzy realizujący projekt będą specjalistami w zakresie psychoterapii lub będą w trakcie procesu kształcenia w zakresie psychoterapii (ukończony co najmniej rok kształcenia w szkole psychoterapii);
- 2) konsultacje z zakresu doradztwa zawodowego prowadzone będą przez doradcę zawodowego, posiadającego:
 - wykształcenie wyższe magisterskie i licencję doradcy zawodowego co najmniej I stopnia;

¹¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień... op. cit.

- doświadczenie zawodowe (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, minimum rok pracy związanej ze świadczeniem przedmiotowych usług na rzecz osób bezrobotnych, w wymiarze nie mniejszym niż 50% pełnego wymiaru czasu pracy);

3) konsultacje z zakresu psychoterapii prowadzone będą przez psychoterapeutę, posiadającego:

- wykształcenie wyższe magisterskie i certyfikat ukończenia szkoły psychoterapii;
- doświadczenie w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, minimum rok pracy w wymiarze nie mniejszym niż 50% pełnego wymiaru czasu pracy).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Ocena Programu prowadzona będzie z częstotliwością dostosowaną do poszczególnych etapów jego realizacji oraz obligatoryjnie na zakończenie Programu. Koszty związane z monitoringiem zabezpieczone zostaną w kosztach pośrednich przeznaczonych na realizację Programu.

1) Ocena zgłaszalności do Programu prowadzona corocznie oraz całościowo na zakończenie Programu poprzez analizę:

- liczby osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w Programie,
- liczby osób uczestniczących w badaniach lekarskich kwalifikujących do Programu,
- liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie,
- liczby osób uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych,
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie na poszczególnych etapach jego trwania.

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

2) Ocena jakości świadczeń w Programie prowadzona corocznie oraz całościowo na zakończenie Programu poprzez:

- analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników Programu (załącznik 1),
- analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora Programu,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg Programu.

Ocena jakości świadczeń będzie monitorowana przez beneficjenta na podstawie wyników ankiet badających poziom satysfakcji uczestników Programu. Beneficjent będzie przeprowadzać ocenę w każdym projekcie z częstotliwością dostosowaną do etapów realizacji projektu lub zadań w jego ramach realizowanych. Obligatoryjnie ocena będzie musiała być przeprowadzona na zakończenie realizacji projektu i obejmować wszystkie usługi, którymi w ramach projektu objęci będą świadczeniobiorcy.

2. Ewaluacja

Za przeprowadzenie ewaluacji Programu odpowiedzialna będzie Instytucja Zarządzająca RPO WSL na lata 2014-2020. Ocena efektywności Programu zostanie dokonana na podstawie analizy wartości następujących mierników efektywności, obrazujących zaplanowane efekty korespondujące z celami Programu:

- odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych na szkoleniach dla kadr medycznych,
- odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych,
- 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 po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie.

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

Utrzymanie trwałości uzyskanych w Programie efektów zdrowotnych w populacji województwa śląskiego 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 polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości 9 520 967,50 zł. W latach 2019-2022 planuje się ogłoszenie naborów wniosków o dofinansowanie projektów w ramach RPO WSL na lata 2014-2020.

Ceny jednostkowe, w oparciu o które wyliczono koszty Programu, zostały ustalone na podstawie danych przekazanych przez podmioty realizujące podobne świadczenia na terenie województwa śląskiego. Koszty przewidziane w Programie będą ponoszone na warunkach określonych w wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Koszty monitorowania Programu stanowić będą koszty pośrednie odpowiedzialnych za to zadanie beneficjentów, natomiast ewaluacja zostanie przeprowadzona zgodnie z Wytycznymi.

1. Koszty jednostkowe

1.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Działania szkoleniowe w Programie zaplanowano dla 300 uczestników (10 szkoleń dla grup 30-osobowych). Koszt szkolenia w trybie jednodniowym (8h edukacyjnych 45-minutowych) dla 1 uczestnika, na podstawie rozeznania sytuacji rynkowej, oszacowano na poziomie 500 zł. Koszt obejmować będzie wynagrodzenie wykładowcy, wynajem sali, catering, opracowanie i druk materiałów szkoleniowych. Koszt organizacji jednego szkolenia wyniesie 15 000,00 zł.

1.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II): 2 827zł

- 1) Pierwsza konsultacja psychiatryczna kwalifikująca do Programu realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii: 130zł
- 2) Pierwsza konsultacja psychologiczna realizowane przez psychologa: 100zł
- 3) Indywidualne spotkania terapeutyczne realizowane przez psychologa (11 spotkań): 1155zł (105zł/spotkanie)
- 4) Konsultacje telefoniczne realizowane przez psychologa (4 konsultacje): 560zł (140zł/jedną konsultację)
- 5) Indywidualny plan konsultacji specjalistycznych obejmujący 3 konsultacje: 330zł (110zł/jedną konsultację)

- 6) Trening redukcji stresu realizowany przez psychologa (9 spotkań w grupach 12-osobowych): 207zł (23zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 276zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 7) Warsztaty terapeutyczne, realizowane przez psychologa (2 spotkania w grupach 12-osobowych): 80zł (40zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 480zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 8) Warsztat asertywności realizowany przez psychologa; w formie 1 spotkania trwającego min. 3 godziny edukacyjne, w grupie max. 12 osobowej: 40zł (480zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 9) Działania edukacyjne, obejmujące 1 spotkanie realizowane przez psychologa, trwające max. 3 godz. edukacyjne, w grupie max. 30 osobowej: 20zł (600zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 10) Druga konsultacja psychologiczna realizowana przez psychologa po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji: 100zł
- 11) Kontrolna konsultacja psychiatryczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji: 105zł

1.3. Zwrot kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej: 315 zł

Zwrot kosztów dojazdu dla uprawnionych uczestników Programu oszacowano na poziomie max. 315zł na podstawie średniej ceny biletu kwartalnego obliczonej według cenników trzech dużych przewoźników, świadczących usługi transportowe w województwie śląskim.

Tab. 9. Przykładowe koszty jednostkowe Programu.

Interwencja	Koszt jednostkowy (zł)
Uczestnictwo jednej osoby w szkoleniu dla personelu medycznego	500,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w programie kompleksowej rehabilitacji bez zwrotu kosztów dojazdu	2 827,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w programie kompleksowej rehabilitacji ze zwrotem kosztów dojazdu	3 142,00
Konsultacja lekarza psychiatry kwalifikująca do Programu	130,00
Konsultacja psychologiczna	100,00
Indywidualne spotkanie terapeutyczne	105,00
Konsultacje telefoniczne realizowane przez psychologa	140,00
Konsultacja specjalistyczna (doradca zawodowy, psychoterapeuta)	110,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w jednym spotkaniu w ramach treningu redukcji stresu	23,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w warsztacie terapeutycznym	40,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w warsztacie asertywności	40,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w działaniach edukacyjnych realizowanych przez psychologa	20,00
Kontrolna wizyta lekarska	105,00

2. Koszty całkowite

Tab. 10. Koszty bezpośrednie Programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1.1. Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej				150 000,00
Szkolenia dla personelu medycznego	300	osoba	500	150 000,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu				8 421 635,00
1) Pierwsza konsultacja psychiatryczna kwalifikująca do Programu	3 250	osoba	130	422 500,00
2) Pierwsza konsultacja psychologiczna	3 250	osoba	100	325 000,00
3) Indywidualne spotkania terapeutyczne	2 955	osoba	1 155	3 413 025,00
4) Konsultacje telefoniczne realizowane przez psychologa	2 955	osoba	560	1 654 800,00
5) Indywidualne konsultacje specjalistyczne	2 955	osoba	330	975 150,00
6) Trening redukcji stresu	2 955	osoba	207	611 685,00
7) Warsztaty terapeutyczne	2 955	osoba	80	236 400,00
8) Warsztaty asertywności	2 955	osoba	40	118 200,00
9) Działania edukacyjne	2 955	osoba	20	59 100,00
10) Druga wizyta psychologiczna	2 955	osoba	100	295 500,00
11) Kontrolna konsultacja psychiatryczna	2 955	osoba	105	310 275,00
1.3. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników)	266	osoba	315	83 790,00
Koszty Programu (bezpośrednie)				8 655 425,00

Tab. 11. Koszty bezpośrednie Programu w poszczególnych latach realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba	% ogółu	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Rok 2019					2 625 392,00
1.1. Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej	150	50%	osoba	500	75 000,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	886	30%	osoba	2 827	2 504 722,00
1.3. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	80	30%	osoba	315	25 200,00
Koszt konsultacji lekarskich i psychologicznych wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	89	30%	osoba	230	20 470,00
Rok 2020					2 625 392,00
1.1. Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej	150	50%	osoba	500	75 000,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	886	30%	osoba	2 827	2 504 722,00
1.3. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	80	30%	osoba	315	25 200,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	89	30%	osoba	230	20 470,00
Rok 2021					2 550 392,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	886	30%	osoba	2 827	2 504 722,00
1.3. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	80	30%	osoba	315	25 200,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	89	30%	osoba	230	20 470,00

Rok 2022					854 249,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	297	10%	osoba	2 827	839 619,00
1.3. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	26	10%	osoba	315	8 190,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	28	10%	osoba	230	6 440,00
Koszty Programu (bezpośrednie)					8 655 425,00

Koszty bezpośrednie Programu szacuje się na poziomie 8 655 425,00 zł, co po doliczeniu 10% kosztów pośrednich¹¹⁵ stanowi całkowity koszt realizacji Programu w wysokości 9 520 967,50 zł.

3. Źródło finansowania, partnerstwo

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Na realizację Programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 8 092 822,38 zł (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjenta.

¹¹⁵ Liczonych jako 10% kosztów bezpośrednich.

Bibliografia

1. A.P.A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Absencja chorobowa w 2016 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2017.
3. Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe. PZWL; Warszawa: 1998; s.13.
4. Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020. Itti, Poznań 2015.
5. Bank danych lokalnych, GUS [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
6. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2017 [csioz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
7. Bossini L., Casolaro I., Caterini C. i in., Błędy popełniane w diagnostyce zaburzenia stresowego pourazowego – problem nakładania się objawów tego zaburzenia i depresji, *Psychiatr. Pol.* 2013; 47(6): 1051–1063.
8. Cechnicki A., Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody. *Psychiatr. Prakt. Klin.*, 2009, 2: 41-54.
9. Dane NFZ, Informator o umowach [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 07.02.2018r.]
10. Dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach [katowice.uw.gov.pl; dostęp: 22.01.2018r.]
11. Dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach dot. zasobów ochrony zdrowia [katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
12. Hendriks S.M., Spijker J., Licht C.M., Hardeveld F., de Graaf R., Batelaan N.M., Penninx B.W., Beekman A.T. Long-term disability in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*. 2016;16:248.
13. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.
14. Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.
15. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa śląskiego [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 17.01.2018].
16. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012 [csioz.gov.pl; dostęp: 05.02.2018].
17. NICE Clinical guideline [CG123], Common mental health problems: identification and pathways to care, May 2011 [nice.org.uk; dostęp: 20.01.2018r.]
18. NICE Clinical guideline [CG91], Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management, October 2009 [nice.org.uk; dostęp: 20.01.2018r.]
19. NICE Clinical guideline [NG53], Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings, August 2016 [nice.org.uk; dostęp: 20.01.2018r.]
20. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 882, z późn. zmianami].
21. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 265/2017 z dnia 20 września 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” [bipold.aotm.gov.pl; dostęp: 20.01.2018r.]
22. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie, Wojewoda Śląski, Katowice 30.06.2016r.
23. Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa śląskiego. Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice 2015.
24. Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020 [mz.gov.pl; dostęp: 20.01.2018r.]
25. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą [rpwdl.csioz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
26. Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej 2001-2017, GUS [stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej [Dz.U. 2017 poz. 2476]
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386].
30. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].
31. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 [Dz. U. 2017 poz. 458].

32. Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020, Uchwała nr 2406/290/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 października 2013 r.
33. Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006.
34. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
35. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
36. Stein D.J., Scott K.M., de Jonge P., Kessler R.C. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017;19(2):127-136.
37. Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020. Aktualizacja 2015. Katowice, 2015.
38. Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „ŚLĄSKIE 2020+”, Katowice, Lipiec 2013.
39. Uchwała nr XLV/848/17 Rady Miasta Katowice z dnia 27 lipca 2017 r. w sprawie przyjęcia Strategii Ochrony Zdrowia Psychicznego w mieście Katowice na lata 2017-2020 [katowice.eu; dostęp: 20.01.2018r.].
40. Whiteford H.A., Ferrari A.J., Degenhardt L., Feigin V., Vos T. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. In: Forlani G, ed. *PLoS ONE.* 2015;10(2):e0116820.
41. WHO Global Burden of Disease [who.int; dostęp: 23.01.2018r.]
42. WHO Health for All Database, [data.euro.who.int; dostęp: 23.01.2018r.]
43. WHO Mental Health Action Plan [who.int; dostęp: 23.01.2018r.]
44. Wojtyński B., Goryński P., Moskalewicz B. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
45. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.
46. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018r.

Spis rycin

Ryc. 1. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych oraz chorób układu nerwowego w Regionie Europejskim WHO w latach 1985 – 2013 (wartość współczynnika na 100 tys. ludności).	16
Ryc. 2. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych oraz chorób układu nerwowego dla krajów postkomunistycznych w latach 1970 – 2014 (wartość współczynnika na 100 tys. ludności).	16
Ryc. 3. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych oraz chorób układu nerwowego dla krajów Europy Zachodniej w latach 1970 – 2014 (wartość współczynnika na 100 tys. mieszkańców).	17
Ryc. 4. Leczeni ambulatoryjnie w poradniach zdrowia psychicznego z powodu zaburzeń nastroju (afektywnych) oraz nerwicowych w Polsce w latach 2010-2015 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).	18
Ryc. 5. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) w województwie śląskim w latach 2010-2016 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).	19
Ryc. 6. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń nerwicowych w województwie śląskim w latach 2010-2016 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).	20
Ryc. 7. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń afektywnych w województwie śląskim w latach 2010-2016 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).	21
Ryc. 8. Leczeni ambulatoryjnie ogółem z powodu zaburzeń psychicznych w powiatach województwa śląskiego (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).	23
Ryc. 9. Leczeni ambulatoryjnie po raz pierwszy z powodu zaburzeń psychicznych w powiatach województwa śląskiego (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).	23
Ryc. 10. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce oraz województwie śląskim (wartość współczynnika na 100 tys. ludności).	25

Spis tabel

Tab. 1. Zaburzenia psychiczne wg Międzynarodowej Klasyfikacji ICD – 10.	5
Tab. 2. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (bez uzależnień) w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na płeć (liczby bezwzględne).	22
Tab. 3. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (bez uzależnień) w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na wiek (liczby bezwzględne).	22
Tab. 4. Rozpoznanie dotyczące afektywnych zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem pod postacią somatyczną wykazane w ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom w wieku produkcyjnym w województwie śląskim w roku 2016 na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.	27
Tab. 5. Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej dla pacjentów z zaburzeniami afektywnymi i nerwicowymi.	32
Tab. 6. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.	44
Tab. 7. Ludność województwa śląskiego wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle kraju.	45
Tab. 8. Przykładowy harmonogram kompleksowej rehabilitacji uczestników Programu.	55
Tab. 9. Przykładowe koszty jednostkowe Programu.	65
Tab. 10. Koszty bezpośrednie Programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.	66
Tab. 11. Koszty bezpośrednie Programu w poszczególnych latach realizacji.	66

Załącznik 1

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022” (wzór)

I. Ocena sposobu umówienia terminu poszczególnych interwencji oferowanych w Programie

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena wizyt lekarskich

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazywania informacji?					

III. Ocena świadczeń psychologicznych

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychologów?					
poszanowanie prywatności podczas porad i zabiegów?					
staranność i dokładność wykonywania zabiegów?					
sposób przekazywania informacji nt. sposobów rehabilitacji?					

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetów?					
wyposażenie sal warsztatowych?					

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

--