

Załącznik do
Uchwały nr
Zarządu Województwa Łódzkiego
z dnia



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



„Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”

„NASTROIMY ŁÓDZKIE”

PROGRAM DOTYCZĄCY ZABURZEŃ NASTROJU oraz ZABURZEŃ NERWICOWYCH, ZWIĄZANYCH ZE STRESEM I POD POSTACIĄ SOMATYCZNĄ

okres realizacji programu polityki zdrowotnej	2025-2029
podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź
w składzie	Aleksandra Kuśmierczak Anna Pasikowska Mikołaj Żelanka-Żeleński Jarosław Majewski
konsultacja merytoryczna	prof. dr hab. n. med. Piotr Gałęcki
opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	nr 1/2025 z dnia 13 stycznia 2025 r.

Łódź, czerwiec 2025 r.

Autorzy niniejszego Programu dziękują:

prof. dr hab. n. med. Piotrowi Gałęckiemu – konsultantowi krajowemu w dziedzinie psychiatrii, ekspertowi i specjalście w dziedzinie psychiatrii, Kierownikowi Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, nauczycielowi akademickiemu i praktykowi za okazaną pomoc, cierpliwość, możliwość konsultacji wątpliwych kwestii oraz przede wszystkim za uwagi i sugestie merytoryczne wykorzystane w Programie.

Program polityki zdrowotnej pt. „„NASTROIMY ŁÓDZKIE” program dotyczący zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną” został opracowany w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego przez pracowników Departamentu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027.

Podczas prac korzystaliśmy z naszych doświadczeń przy opracowywaniu innych regionalnych programów zdrowotnych w zakresie programów rehabilitacji leczniczej, których realizacja odbywała się w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Poddziałania X.3.1.

Naszą intencją pozostaje przygotowywanie programów polityki zdrowotnej zgodnych z wymogami medycyny opartej na dowodach, spełniających wszystkie formalne wymagania, ale również uwzględniających realia i doświadczenia praktyczne oraz aby w możliwie dużym stopniu były one atrakcyjne dla uczestników Programu i realizatorów, ale też trafnie uzupełniały istniejącą ofertę świadczeń finansowanych z krajowych środków publicznych i stanowiły wartość dodaną do powyższych świadczeń.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. 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.
3. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.
4. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.
5. Program Regionalny „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027”.
6. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030” - załącznik do Uchwały Nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.
7. „Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027” – załącznik do Uchwały Nr 738/21 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 10 sierpnia 2021 r.

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .	5
I.1 Opis problemu zdrowotnego	5
I.2 Epidemiologia	13
I.3 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....	23
I.4 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu polityki regionalnej	31
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	33
II.1. Cel główny	33
II.2 Cele szczegółowe	33
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	33
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji	36
III.1 Populacja docelowa	36
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej	37
III.3 Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	37
III.4 Informowanie o programie polityki zdrowotnej	38
III.5 Planowane interwencje (działania) oraz sposób udzielania świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych w ramach programu polityki zdrowotnej	38
III.6 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	46
III.7 Dowody skuteczności planowanych interwencji.....	47
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	54
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	54
IV.2 Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej.....	55
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	58
V.1 Monitorowanie programu polityki zdrowotnej.....	58
V.2 Ewaluacja programu polityki zdrowotnej.....	60
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	62
VI.2 Całkowite koszty programu polityki zdrowotnej	64
VI.3 Źródła finansowania programu polityki zdrowotnej.....	64
ZAŁĄCZNIKI	65
Akty prawne:	65
Strony internetowe:.....	65
Bibliografia:	66
Zestawienie Tabel:	68
Zestawienie Wykresów:.....	68
Zestawienie Rysunków:.....	68
Załącznik A	69
Załącznik B	71
Załącznik C	73
Załącznik D	75

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Niniejszy Program dotyczy wybranych problemów zdrowotnych z obszaru zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Badanie dotyczące zdrowia psychicznego przeprowadzonego przez Eurobarometr (z października 2023 r.) potwierdza, że niedawne wydarzenia, takie jak:

- pandemia COVID-19,
- agresja Rosji na Ukrainę,
- kryzys klimatyczny

oraz inne czynniki presji społecznej i gospodarczej, pogorszyły i tak już niski poziom zdrowia psychicznego w Europie. Przed pandemią COVID-19 co szósta osoba w UE cierpiała na problemy związane ze zdrowiem psychicznym, a sytuacja pogorszyła się. Większość respondentów UE odpowiedziała, że ostatnie wydarzenia na świecie w pewnym stopniu wpłynęły na ich zdrowie psychiczne (44 proc.) lub w dużym stopniu (18 proc.), natomiast w Polsce analogiczne odpowiedzi występowały w 42 proc. i 28 proc. .

Praca może wpływać na zdrowie psychiczne. Jak wynika z unijnego badania siły roboczej (LFS) moduł ad hoc 2020 (Eurostat, 2021), drugim najczęstszym typem problemów zdrowotnych związanych z pracą jest: „stres, depresja lub lęk”. Odsetek pracowników, którzy zgłosili, że są narażeni na czynniki ryzyka związane z zaburzeniami psychicznymi wyniósł prawie 45%¹.

Z badania Puls BHP² przeprowadzonego przez EU-OSHA w 2022 r. wynika, że 27% pracowników doświadcza stresu, niepokoju lub depresji spowodowanej lub pogłębionej przez pracę. Wśród zagrożeń psychospołecznych, które okazały się mieć najbardziej szkodliwy wpływ na zdrowie pracowników, należy wymienić niespołeczne godziny pracy i intensywność pracy.

Większość respondentów UE (60 proc.) uważa, że najważniejszymi czynnikami warunkującymi dobry stan zdrowia psychicznego są warunki życia, a następnie bezpieczeństwo finansowe (53 proc.), w Polsce odpowiedzi były podobne, odpowiednio: 67 proc. i 66 proc. Około jedna trzecia Europejczyków uważa, że największy wpływ na dobrą kondycję psychiczną mają: kontakt z przyrodą i przebywanie na terenach zielonych (35 proc.), nawyki snu (35 proc.), aktywność fizyczna (34 proc.) i kontakty społeczne (33 proc.). Natomiast Polacy uważają, iż wpływ na dobrą kondycję psychiczną ma: kontakt z przyrodą (44%), robienie działań sprawiających przyjemność (36%) oraz sport i aktywność fizyczna (33%).³

W badaniu EZOP II⁴ zaburzenia psychiczne w perspektywie całego życia ujawniło 26,5% uczestników tj. w przeliczeniu na populację mieszkańców Polski około 8 330,2 tys. Dane światowe wskazują na kilkakrotnie wyższe rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych. W przeglądzie badań populacyjnych prowadzonych przy użyciu tej samej metodologii stwierdzano wskaźniki rozpowszechnienia depresji w ciągu życia na poziomie 15,0% (w ciągu roku natomiast 5,5%). Wraz z pandemią COVID-19 wskaźniki te stały się jeszcze wyższe.

Według danych WHO, w ciągu ostatnich 45 lat liczba samobójstw na świecie wzrosła o 60%. Samobójstwo jest jedną z 3 głównych przyczyn zgonów w populacji osób w wieku 15-44 lata,

¹ A review of good workplace practices to support individuals experiencing mental health problems European Agency for Safety and Health at Work, 2024;

² Flash Eurobarometer - OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces ISSN: 1831-9343 OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces, European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA, 2022;

³ Flash Eurobarometer 530, Mental health, Fieldwork: 14/6/2023-21/6/2023, VOLUME A (Weighted)

⁴ Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOPII; Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

a szacuje się, że liczby określające usiłowanie samobójstwa są 20 razy większe niż przypadków samobójstw zakończonych śmiercią. Wzrasta liczba samobójstw popełnianych przez ludzi młodych. Ok. 90% przypadków samobójstw jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki i inne.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020⁵, którego cel operacyjny 3 dotyczy profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa wskazuje na konieczność monitorowania m.in. chorobowości z powodu depresji oraz liczby prób samobójczych i samobójstw. WHO przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Z tym zaburzeniem wiąże się wiele negatywnych konsekwencji społecznych, m.in. osoby cierpiące na ciężką depresję nierzadko muszą rezygnować z pracy i bywa, że pozostają długotrwale bezrobotne. Powoduje to wzrost wydatków na zasiłki chorobowe i zasiłki dla bezrobotnych.

Zgodnie z dokumentem WHO pt. Mental Health Action Plan 2013–2020⁶ depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności w skali świata (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY3). Szczególnie często występuje wśród dzieci i młodzieży, ale także wśród osób starszych. Na świecie choruje na nią ponad 350 mln ludzi.⁷

Wybór jednostek chorobowych na potrzeby niniejszego Program wynika ze szczególnie istotnego, negatywnego wpływu na aktywność zawodową oraz dużej skali zapadalności.

I.1.1. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

Zgodnie z „Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10” określono 10 grup kategorii chorobowych dotyczących zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania F00-F99	F00-F09	Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi
	F10-F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania powodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych
	F20-F29	Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe
	F30-F39	Zaburzenia nastroju (afektywne)
	F40-F48	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
	F50-F59	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
	F60-F69	Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
	F70-F79	Upośledzenie umysłowe
	F80-F89	Zaburzenia rozwoju psychologicznego
	F90-F98	Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
	F99	Nieokreślone zaburzenia psychiczne

1 Źródło: opracowanie własne na podstawie: „Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych” Rozdział V Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania F00-F99

⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020; [Dz.U. 2016 poz. 1492](https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2016-2020); <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2016-2020>;

⁶ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>;

⁷ Opracowanie „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego, wydane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1.2 Charakterystyka najpowszechniej występujących chorób z pośród grup objętych programem polityki zdrowotnej

I.1.2.1 Epizod depresyjny (F32)

W nomenklaturze psychiatrycznej używamy sformułowania „epizod depresyjny” (pojedyncze zaburzenie nastroju) lub „zaburzenie depresyjne nawracające” (depresja jednobiegunowa w odróżnieniu od ChAD – choroby afektywnej dwubiegunowej), odpowiadające kolejnym, nawracającym epizodom depresyjnym. Oba te zaburzenia odpowiadają depresji (w aspekcie klinicznym).

Podstawową cechą depresji jest negatywny odbiór obrazu własnej osoby w aspekcie poznawczym i emocjonalnym. Aspekt poznawczy powiązany jest z wbudowaniem w wiedzę jednostki pesymistycznych przekonań i oczekiwań. Drugi z wymienionych obejmuje natomiast emocje będące konsekwencją negatywnej samooceny, a więc smutek, przygnębienie, poczucie winy.

W typowych łagodnych, umiarkowanych lub ciężkich epizodach depresyjnych pacjent cierpi z powodu obniżenia nastroju, ubytku energii, zmniejszenia aktywności. Zmniejszona jest zdolność do odczuwania, przyjemności, zakres zainteresowań i koncentracja uwagi są obniżone, często pojawia się uczucie zmęczenia. Rytm snu jest zazwyczaj zaburzony, apetyt obniżony. Samoocena i pewność siebie są niemal zawsze zmniejszone, nawet w łagodnych stanach depresyjnych pojawiają się idee winy i małej wartości. Charakterystyczne dla epizodu depresji jest wczesne budzenie się, narastanie objawów choroby w godzinach porannych, wyraźne zahamowanie psychoruchowe lub pobudzenie ruchowe, utrata apetytu, ubytek masy ciała i spadek libido. W zależności od liczby i nasilenia objawów epizod depresyjny można określić jako łagodny, umiarkowany lub ciężki.

Aby stwierdzić występowanie epizodu depresyjnego wg ICD-10, muszą wstępować przez co najmniej dwa tygodnie przynajmniej dwa z trzech poniższych objawów:

- obniżenie nastroju,
- utrata zainteresowań i zdolności do radowania się (anhedonia),
- zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności,

oraz **dwa lub więcej** spośród narastających objawów:

- osłabienie koncentracji i uwagi,
- niska samoocena i mała wiara w siebie,
- poczucie winy i małej wartości,
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,
- myśli i czyny samobójcze, zaburzenia snu,
- zmniejszony apetyt

W depresji mogą występować objawy psychotyczne (epizod depresyjny ciężki z objawami psychotycznymi). Dominują wtedy urojenia o treści depresyjnej (urojenia grzeszności, winy, samoponiżenia, katastroficzne). Pacjenci są przekonani, że stracili środki do życia, że umrą z głodu wraz z rodziną, że umarli sami lub zginęli ich najbliżsi. Jest to poważny stan zagrażający życiu (duże ryzyko samobójstwa).⁸

Zaburzenia depresyjne nawracające, ZDN (F33) – cechują się powtarzającymi epizodami depresji, opisanej jako epizod depresyjny (F32.-), bez jakichkolwiek niezależnych epizodów wzmożonego nastroju i zwiększonej energii (mania) w przeszłości.

Kryteriami diagnostycznymi zaburzeń depresyjnych nawracających wg, ICD-10 są:

- 1) Przebyty wcześniej co najmniej jeden łagodny (F32.0), umiarkowany (F32.1) lub ciężki (F32.2 lub F32.3) epizod depresyjny, trwający minimum dwa tygodnie i oddzielony od obecnego epizodu co najmniej dwoma miesiącami wolnymi od jakichkolwiek istotnych przejawów zaburzenia nastroju;

⁸ P. Gałęcki, A. Szulc, „PSYCHIATRIA”, Wydawnictwo Erda Urban & Partner, Wrocław 2018, strona 202 i nast.;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- 2) Nigdy w przeszłości nie występował epizod spełniający kryteria epizodu hipomaniakalnego lub maniakalnego (F30.);
- 3) Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia. Przyczyny epizodu nie wiążą się z używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19) ani z jakimkolwiek zaburzeniem organicznym (w rozumieniu F00-F09).

Przy czym zaleca się określenie dominującego typu wcześniejszych epizodów (łagodny, umiarkowany, ciężki, niepewny).⁹

W przebiegu choroby nieleczone epizody depresyjne trwają zwykle 6-9 miesięcy. Przeciętna liczba epizodów depresji w ciągu całego życia wynosi około 3-5, jednak u poszczególnych pacjentów liczba ta może się znacznie różnić. Im dłuższy czas trwania epizodu depresyjnego, tym mniejsze szanse na jego samoistne ustąpienie.

Pacjenci, u których wystąpił jeden epizod depresji, obarczeni są ryzykiem nawrotu wynoszącym 50-85%.

Pacjenci, którzy przebyli dwa epizody depresji, obarczeni są ryzykiem nawrotu 80-90%.¹⁰

Cechy osobowości sprzyjające depresji to:

- Nadmierna wrażliwość
- Nadmierna troska o innych
- Wrażliwość na odrzucenie
- Nadmierna krytyka samego siebie
- Nadmierna wrażliwość na niepowodzenia

Współczesny pacjent to często człowiek aktywny, który dużo pracuje, krótko śpi, działa pod presją czasu, jest narażony na silny stres cywilizacyjny.

Tempo współczesnego życia, jego długość, zaburzenia rytmu dobowego czy proporcji pracy i wypoczynku mogą mieć wpływ na powstawanie zaburzeń depresyjnych i modyfikować ich przebieg. W nowej rzeczywistości pojawiają się nowe potrzeby pacjentów.

Współczesny pacjent chce pozostać w swoich rolach społecznych i zawodowych.

Potrzebuje terapii, która nie wykluczy go ze środowiska i pozwoli nadal funkcjonować – terapii, która wpłynie na poprawę jakości snu, pomoże w koncentracji, zaradzi anhedonii, a przede wszystkim ograniczy istotne skutki uboczne do minimum.¹¹

I.1.2.2 Zaburzenie lękowe z napadami lęku (F41.0)

Lęk napadowy (zaburzenie lękowe z napadami paniki) polega na występowaniu ataków paniki, które zaczynają się nagle, trwają krótko, mogą się pojawić nawet do kilku, kilkunastu razy na dobę. Pacjenci zazwyczaj zgłaszają się na pogotowie lub SOR, ponieważ są przekonani, że zagraża im poważna choroba, najczęściej zawał mięśnia sercowego. Są to najczęściej: silny ból w klatce piersiowej, trudności z oddychaniem, zawroty głowy, osłabienie i kołatanie serca połączone z silnym lękiem przed śmiercią, utrata kontroli nad własnym ciałem, chorobą psychiczną.¹²

Typowym okresem dla wystąpienia choroby jest 20.-40. rok życia.

Do chorób współwystępujących z lękiem napadowym należą:

- Zaburzenia lękowe uogólnione;
- Agorafobia;
- Zaburzenia osobowości;

⁹ P. Gałecki, A. Szulc, „PSYCHIATRIA”, Wydawnictwo Erda Urban & Partner, Wrocław 2018, strona 204;

¹⁰ Tamże;

¹¹ P. Gałecki, A. Szulc, „PSYCHIATRIA”, Wydawnictwo Erda Urban & Partner, Wrocław 2018, strona 220;

¹² P. Gałecki, A. Szulc, „PSYCHIATRIA”, Wydawnictwo Erda Urban & Partner, Wrocław 2018, strona 249;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- Depresja;
- Próby samobójcze;

Napad lęku trwa z reguły kilka minut. Rzadko jest dłuższy niż 20-30 minut. Uczucie niepokoju, rozbicia może trwać dłużej, ale paniczny lęk ustępuje. Wynika to z fizjologii lęku (tyle czasu potrzeba, by wytworzyć, zmagazynować i uwolnić adrenalinę).

Objawy lęku napadowego ¹³	
Układ krążenia	Kołatanie serca Ucisk, ból, pieczenie w klatce piersiowej (rzadko za mostkiem, najczęściej po lewej stronie) Osłabienie, łącznie z utratą przytomności (rzadko)
Układ oddechowy	Duszność, uczucie braku powietrza, Uczucie dławienia się
Objawy ogólne	Uczucie zimna lub gorąca Pocenie się Drżenie Parestezje Zawroty głowy
Układ pokarmowy	Biegunki, parcie na stolec, bóle i wzdęcia brzucha
Układ moczowy	Parcie na mocz, częste oddawanie moczu
Objawy psychologiczne	Silny lęk przed śmiercią Obawa utraty kontroli („mogę zwariować”) Uczucie depersonalizacji ¹⁴ lub derealizacji

2 Objawy lęku napadowego

I.1.2.3 Lęk antycypacyjny

Charakterystyczny dla zaburzenia lękowego z napadami paniki „lęk przed lękiem”, który oznacza obawę przed wystąpieniem kolejnego napadu lęku na długo przed jego wystąpieniem. Charakterystycznym dla niego jest przecucie, że napad i towarzysząca mu bezsilność oraz udręka są nieuniknione w bliskiej przyszłości. Dlatego pacjenci unikają wielu codziennych sytuacji, co utrudnia poważnie ich życie, a często uniemożliwia edukację, czy też pracę. W skrajnych sytuacjach pacjenci nie poruszają się sami (poza domem) bądź też w ogóle unikają wychodzenia z domu – podobnie jak w przypadku agorafobii.

I.1.2.4 Agorafobia

Jest obawą przed przebywaniem otwartej przestrzeni samotnie poza domem lub w tłumie. Może ona występować jako odrębne zaburzenie, ale zwykle towarzyszą jej także napady paniki. Chorzy z agorafobią mogą zachowywać się jak „przykuci do własnego domu”, tzn. nigdy go nie opuszczają lub wychodzą tylko w towarzystwie.¹⁵

I.1.2.5 Zaburzenie lękowe uogólnione (F41.1) – generalized anxiety disorder, GAD

Przewlekłe zaburzenie charakteryzujące się obecnością przewlekłego lęku, częstego zamartwiania się, poczucia ciągłego dyskomfortu, a także różnych objawów somatycznych. Pacjenci najczęściej cierpią z powodu GAD przez wiele lat. W pierwszej kolejności trafiają do lekarzy pierwszego kontaktu bądź też specjalistów w zakresie interny (kardiologów, gastrologów, itd), a powodem ich wizyt są najczęściej przewlekłe objawy somatyczne, które nie układają się w konkretny zespół chorobowy i polegają na ciągłym zmęczeniu, niepokoju, osłabieniu.

GAD to przewlekłe, wolno płynące, bezprzedmiotowe stany niepokoju i poczucia zagrożenia, utrzymujące się uporczywie przez cały czas i niemodyfikowane zewnętrzną sytuacją. Zaburzenia te

¹³ Tabela 10.11; P. Gałęcki, A. Szulc, „PSYCHIATRIA”, Wydawnictwo Erda Urban & Partner, Wrocław 2018, strona 251;

¹⁴ **Depersonalizacja** – odczucia nierealności własnych przeżyć lub całej osobowości i zachodzącej w nich istotnej, często niezrozumiałej i groźnej przemiany. Podobne uczucia dotyczące otaczającego świata noszą nazwę derealizacji (W.S. Gumułka, W. Rewerski, „ENCYKLOPEDIA ZDROWIA”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, strona 1058);

¹⁵ A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, PSYCHIATRIA REPETYTORIUM, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, 2003, 2006, strona 123 i nast.;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

trwają ze zmienną sytuacją przez co najmniej sześć miesięcy.¹⁶ Charakteryzuje się nasilonymi i niczym nieuzasadnionymi obawami, które potęgowane są przez zaburzenia snu, nadmierną potliwość, a także objawy somatyczne. Zawsze ma charakter przewlekły, rozciągnięty w czasie, o różnym nasileniu w swoim przebiegu. W sytuacjach stresowych obawy nasilają się, natomiast w okresie względnego spokoju psychicznego zmniejszają się.¹⁷

GAD, a depresja:

DEPRESJA	- Niemожność przeżywania przyjemności - Zmniejszona energia - Spowolnienie psychiczne i fizyczne - Wahania samopoczucia w ciągu doby (zwykle gorsze samopoczucie w godzinach rannych) - Pacjenci po wybudzeniu się wcześniej rano mają problemy z zaśnięciem OBJAWY WYSTĘPUJĄ STALE
WSPOLNE OBJAWY	- Poczucie zmęczenia - Problemy z koncentracją uwagi - Zaburzenia łaknienia i zaburzenia snu
GAD	- Pacjenci przede wszystkim się martwią i obawiają o rodzinę, o przyszłość, o zdrowie, o finanse, a także o to, że po prostu zdarzy się coś złego, nieokreślonego - Objawy zaburzą funkcjonowanie pacjenta, łącząc się z problemami z koncentracją, z pamięcią, - Pacjenci nękani koszmarami marzeniami sennymi wybudzają się w ciągu nocy OBJAWY NASILAJĄ SIĘ W OKRESACH TRUDNYCH EMOCJONALNIE

3 Tabela własna, na podstawie P. Galecki, A. Szulc, „PSYCHIATRIA”, Wydawnictwo Erda Urban & Partner, Wrocław 2018, strona 253-254;

I.1.2.6 Ostra reakcja na stres (F43.0) – acute stress disorder, ASD

Należy do przejściowych zaburzeń adaptacyjnych, czyli nieprawidłowości w przystosowaniu się do nowej rzeczywistości po doświadczonej traumie psychicznej lub fizycznej. To wyraz zakłócenia równowagi psychicznej organizmu powstający w odpowiedzi na ciężkie przeżycia lub zdarzenia traumatyczne u osób nieprzejawiających wcześniej żadnych zaburzeń psychicznych. Przeminięcie zdarzenia traumatycznego nie kończy przeżywania tego, co się stało.¹⁸

W okresie po wydarzeniu traumatycznym mogą wystąpić: rozpacz, depresja, lęk, a nawet złość i agresja słowna. Poza tym tak duża reakcja na stres zauważalna jest również w objawach somatycznych, takich jak: zaburzenia rytmu serca odczuwane jako kołatania, tachykardia, nadpotliwość, przyspieszenie oddech u i duszność, a także zaczerwienienie skóry. Jeśli objawy ostrej reakcji na stres utrzymują się powyżej miesiąca od zdarzenia, wówczas **rozpoznanie zmieniane jest na zespół stresu pourazowego**.

I.1.2.7 Zaburzenie stresowe pourazowe (F43.1)

Zespół stresu pourazowego, *posttraumatic stress disorder*, PTSD – reakcja na obiektywnie ciężką sytuację stresową, związaną z zagrożeniem życia lub integralności cielesnej. Osoba cierpiąca na to zaburzenie może być bezpośrednio dotknięta opisywaną sytuacją lub też może być jej bezpośrednim świadkiem.¹⁹

Do czynników powodujących PTSD zaliczamy:

- bycie świadkiem czyjegoś morderstwa, tortur lub ciężkiego uszkodzenia ciała;
- przestępstwa seksualne;
- katastrofy naturalne lub spowodowane działalnością człowieka;
- napaść i znęcanie fizyczne;
- groźba użycia broni, strzelanina, napad z użyciem noża;

¹⁶ P. Galecki, A. Szulc, „PSYCHIATRIA”, Wydawnictwo Erda Urban & Partner, Wrocław 2018, strona 252;

¹⁷ Tamże;

¹⁸ P. Galecki, A. Szulc, „PSYCHIATRIA”, Wydawnictwo Erda Urban & Partner, Wrocław 2018, strona 256;

¹⁹ P. Galecki, A. Szulc, „PSYCHIATRIA”, Wydawnictwo Erda Urban & Partner, Wrocław 2018, strona 258;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- wypadki i urazy zagrażające życiu;
- udział w walce;
- nagła śmierć bliskiej osoby;
- rozpoznanie u dziecka ciężkiej, nieuleczalnej choroby;
- nagła zmiana statusu społecznego.

Okolo połowy osób z PTSD choruje jednocześnie bądź też chorowało w przeszłości na inne zaburzenia psychiczne, szczególnie lękowe, i choroby afektywne. Niemniej jednak do czynników narażenia na wystąpienie zespołu stresu pourazowego należą:

- płeć ($K > M$);
- podatność genetyczna;
- epizody depresyjne w przeszłości;
- przebyte wcześniej zdarzenia traumatyczne;
- separacje lub deficyty opieki w okresie dzieciństwa;
- zaburzenia zachowania w młodości;
- cechy osobowości anankastycznej, astenicznej;
- niski poziom wykształcenia;
- występowanie chorób psychicznych w rodzinie;
- wystąpienie objawów dysocjacyjnych w ostrej reakcji na stres.

Objawy PTSD mogą pojawić się kilka tygodni po sytuacji wywołującej, ale częściej pojawiają się one w dłuższym okresie, tj. nawet po kilku miesiącach. Do najczęstszych objawów należą: natrętne, nawracające wspomnienia, a także sny dotyczące traumatycznych wydarzeń. Osoby bywają rozdrażnione, roztrzęsione, pojawiają się napady lęku, objawy depresji, myśli i próby samobójcze, w tym unikanie sytuacji związanych z przebytą traumą.

I.1.2.8 Zaburzenia adaptacyjne (F43.2)

Często pojawiają się w reakcji na wydarzenia stresowe o znacznie mniejszym nasileniu niż w przypadku PTSD. Z reguły są to takie wydarzenia, jak utrata bliskiej osoby, rozwód, koniec związku, utrata pracy, problemy w pracy/szkole, a także wszelkiego rodzaju poważne zmiany życiowe. Objawy pojawiają się w dość krótkim okresie (w ciągu miesiąca) od wystąpienia czynnika wywołującego, zaś trwają niekiedy dość długo, bowiem kilka miesięcy, a nawet dłużej, w zależności od aktualnej sytuacji.

Do typowych objawów zaliczamy:

- lęk;
- niepokój;
- przygnębienie (niekiedy osiągające nasilenie depresji);
- uczucie napięcia;
- płaczliwość;
- zaburzenia snu;
- problemy z koncentracją i pamięcią.

Jeśli zaburzenie adaptacyjne trwało dłużej niż sześć miesięcy, należy przeprowadzić diagnostykę w kierunku epizodu depresyjnego.

I.1.2.9 Depresja, a nerwica

Przejawy depresji są bardzo często mylone z objawami nerwicy. W obydwu tych przypadkach mogą wystąpić objawy lęku, złego samopoczucia, czy też drażliwości. Pomimo podobieństw, te dwie choroby są jednak odmienne jak i wymagają innego leczenia. Depresja może powstać na skutek stresujących wydarzeń życiowych, predyspozycji fizycznych, czy uwarunkowań genetycznych. Natomiast nerwica to grupa schorzeń psychicznych. Oznacza to, że człowiek zmaga się z zakłóceniem prawidłowych funkcji organizmu

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Nerwica bywa przyczyną depresji. **Zaburzenia nerwicowe** związane są głównie z brakiem umiejętności w radzeniu sobie z lękiem, co powoduje, że żyjemy w ciągłym niepokoju, napięciu i stresie. Zarówno depresja jak i nerwica zostały ujęte w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, sporządzonej przez Światową Organizację Zdrowia WHO. **Depresja** jest zaburzeniem afektywnym, czyli dotyczy nastroju. Nerwica jest zaburzeniem o podłożu lękowym. Są to schorzenia o różnych podłożach i innym typie wiodących symptomów. Nerwice to zaburzenia, których źródłem jest lęk. Może on przyjmować różne postacie na przykład fobii lub natręctw. Symptomatyka nerwic jest bardzo zróżnicowana – od patologicznych form zachowania, po psychogenne objawy wegetatywne. Depresja to z kolei zespół zaburzeń psychicznych dotyczących samopoczucia. Charakterystyczne jest dla niej obniżenie nastroju o różnym nasileniu. Towarzyszą mu dolegliwości psychosomatyczne²⁰.

Symptomy nerwicy dzielą się na cztery grupy. Pierwszą z nich są to objawy wegetatywne. Charakteryzują się one bólami i zawrotami głowy, kołataniem serca, nagłymi skokami ciśnienia tętniczego, napadami duszności, zaburzeniami równowagi, nadmiernym poceniem się, drżeniem kończyn, nudnościami, wymiotami, biegunkami i bezsennością. Kolejna grupa to zaburzenia poznawcze. Dotyczą one występowania problemów z koncentracją uwagi i zapamiętywaniem, natrętnymi myślami i zmianami w postrzeganiu rzeczywistości. Trzecia grupa to są zaburzenia behawioralne kompulsje. Odznaczają się one przymusem wykonywania określonych, irracjonalnych czynności a także unikaniem sytuacji, które budzą dyskomfort i poczucie zagrożenia. Ostatnią, czwartą grupą są problemy emocjonalne. Cechują się one chwiejnością nastroju, niepokojem, spadkiem energii i motywacji, anhedonią oraz rozdrażnieniem.

Długotrwałe obniżenie nastroju z towarzyszącymi mu różnymi objawami somatycznymi, jest dla nas sygnałem, że prawdopodobnie chorujemy na depresję. Choroba ta ma podłoże wieloczynnikowe. Rozwija się pod wpływem predyspozycji genetycznych, zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu oraz na skutek uwarunkowań zewnętrznych, na przykład traum i niepowodzeń.

Objawy, w oparciu których diagnozuje się depresję, to utrzymujące się przez minimum dwa tygodnie obniżenie nastroju. Charakterystycznym sygnałem do niepokoju jest długotrwały smutek, apatia, rozdrażnienie. Kolejnym symptomem wskazującym na chorobę jest brak energii oraz wzmożona męczliwość. Również przejawem depresji jest anhedonia czyli brak odczuwania przyjemności i radości oraz utrata dotychczasowych zainteresowań. Depresji często towarzyszą inne symptomy, takie jak osłabienie zdolności poznawczych, obniżona samoocena, irracjonalne poczucie winy, bóle głowy czy brzucha, zaburzenia snu i apetytu, spadek libido, myśli i czyny samobójcze.

W nerwicy oraz depresji występują również wspólne cechy. W obu przypadkach zauważalne jest:

- obniżenie nastroju,
- brak energii,
- osłabienie sprawności myślenia, a także
- dolegliwości somatyczne o podłożu psychicznym, takie jak problemy ze snem czy bóle o niejasnej etiologii.
- co więcej, depresja i nerwica niejednokrotnie współwystępują. Lęk jest bardzo częstym, choć niespecyficznym objawem depresji. Przeważnie przyjmuje postać uogólnioną – chory czuje się zagrożony, przewiduje niekorzystny bieg wydarzeń. Jednocześnie osoby cierpiące na nerwicę zwykle dodatkowo mają złe samopoczucie w związku z faktem, że ich funkcjonowanie społeczne czy zawodowe jest upośledzone przez paraliżujący strach.

Depresja i nerwica pomimo podobieństw, są to odrębne jednostki chorobowe o różnej etiologii, więc wymagają odmiennego postępowania terapeutycznego. Zaburzenia lękowe mają podłoże psychiczne, dlatego zasadniczą rolę w ich leczeniu odgrywa psychoterapia. W większości przypadków skuteczne okazują się metody terapii poznawczo-behawioralnej, które pozwalają zmodyfikować nieprzystosowawcze schematy myślenia i lękowe zachowania pacjenta.

²⁰ <https://www.adamed.expert/pacjent/zdrowie-psychiczne/czym-sie-rozni-depresja-od-nerwicy>. Katarzyna Kwiatkowska-Działak;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.2 Epidemiologia

I.2.1 Wybrane aspekty demografii i aktywności zawodowej mieszkańców województwa

Według stanu na dzień **31 grudnia 2023 r.** województwo łódzkie zamieszkiwało **2 362 519²¹** osoby.

Według danych na koniec 2023 r., w porównaniu z analogicznym okresem 2022 roku, **liczba mieszkańców województwa zmniejsza się**. Z roku na rok obserwuje się ubytek ludności. Od 2015 r. do 2022 r. liczba ludności spadła o 4,6%²². Jednocześnie wśród mieszkańców województwa w 2023 r. aż 56,5% stanowiły osoby w wieku powyżej 50 lat.

Wśród mieszkańców województwa łódzkiego najwięcej osób stanowiły osoby w wieku produkcyjnym (57% całości populacji). Osoby w wieku produkcyjnym to w większości mężczyźni. Ponadto populacja osób w wieku produkcyjnym w większości zamieszkuje obszary miejskie. Osoby w wieku poprodukcyjnym stanowią 25% ogółu mieszkańców.

Tabela 1. Ludność w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym w województwie łódzkim.

WYSZCZEGÓLNIENIE	2015	2019	2020	2022
O G Ó Ł E M	2 493 603	2 454 779	2 415 816	2 378 483
W wieku przedprodukcyjnym	418 642	417 117	415 752	410 784
mężczyźni	215 123	214 176	213 576	210 862
kobiety	203 519	202 941	202 176	199 922
Miasta	246 012	245 441	236 869	233 797
Wieś	172 630	171 676	178 883	176 987
W wieku produkcyjnym	1 530 471	1 442 226	1 401 390	1 362 634
mężczyźni	808 938	766 799	745 189	722 319
kobiety	721 533	675 427	656 201	640 315
Miasta	960 028	882 027	860 561	828 763
Wieś	570 443	560 199	540 829	533 871
W wieku poprodukcyjnym	544 490	595 436	598 674	605 065
mężczyźni	164 057	188 660	192 429	200 109
kobiety	380 433	406 776	406 245	404 956
Miasta	366 822	403 499	403 379	406 249
Wieś	177 668	191 937	195 295	198 816

4 Źródło: Rocznik Statystyczny Województwa Łódzkiego 2023. Stan w dniu 31 grudnia 2022 r.

Jak wynika z prognoz GUS struktura ludność w zależności od wieku ulega zmianie na rzecz niekorzystnych zjawisk. Szacuje się, iż do roku 2060 ludność w wieku produkcyjnym wyniesie 48% populacji województwa, zaś osoby w wieku poprodukcyjnym – aż 38%. Zjawiska te, w przypadku utrzymania prognozowanego trendu, mogą spowodować konsekwencje w postaci wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, w tym dotyczące zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Zgodnie z zapisami Programu „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027”, **działania dotyczące rehabilitacji medycznej będą skierowane do pracowników najbardziej narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych oraz do osób bezrobotnych, które z powodu złego stanu zdrowia mają problem z podjęciem pracy.**

Ludzie spędzają znaczną część swojego czasu w pracy, dlatego dobre środowisko pracy ma kluczowe znaczenie dla zdrowia. Stres i zagrożenia psychospołeczne w pracy mogą mieć wpływ na zdrowie psychiczne i prowadzić do: zmniejszonego zadowolenia z pracy, konfliktów, niższej produktywności, wypalenia zawodowego, absencji i rotacji. Zdrowie psychiczne jest warunkiem wstępnym zdolności do pracy, kompetencji i produktywności. Jednakże, około połowa europejskich pracowników uważa, że

²¹ <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica> „Ludność według płci i wieku”, aktualizacja 05.06.2024

²² Rocznik Statystyczny Województwa Łódzkiego 2023;

https://lodz.stat.gov.pl/files/gfx/lodz/pl/defaultstronaopisowa/887/9/3/202312_r_23w_dzial_04_2.pdf

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

stres jest zjawiskiem powszechnym w ich miejscu pracy (...). Nowe formy pracy, które przyniosła cyfryzacja i które przyspieszyła pandemia Covid-19 (takie jak platforma i praca zdalna) wpłynęły na zdrowie psychiczne pracowników, nawet jeśli elastyczność takich form pracy również okazuje się korzystna²³.

Chociaż bycie zatrudnionym wiąże się z lepszym zdrowiem psychicznym niż bycie bezrobotnym (Milner i in., 2013), zagrożenia psychospołeczne w pracy są coraz częściej uznawane za główny problem zdrowia w miejscu pracy²⁴.

Liczba pracujących w woj. łódzkim (wg stanu na 31 grudnia 2022 r.) wynosiła 1 003 117, w tym najwięcej osób pracowało w sekcji C „Przetwórstwo przemysłowe”²⁵.

Na łódzkim regionalnym rynku pracy nastąpił spadek całkowitej liczby zarejestrowanych bezrobotnych z 67 812 w końcu roku 2020 do 60 902 w końcu roku 2021, co dało ujemną stopę wzrostu wynoszącą 10,2%. W kolejnych rocznych okresach statystycznych spadek ten już tylko postępował. I tak w końcu 2022 r. rejestry urzędów pracy w województwie łódzkim wykazywały 54 397 osób bezrobotnych, co stanowiło liczbę mniejszą o 6 505, czyli 10,7% w porównaniu do danych z końca 2021 r. Zaś w końcu 2023 r. bezrobotnych w województwie łódzkim było 53 158 – o 2,3% mniej niż rok wcześniej. W okresie między końcem grudnia 2022 r. a końcem grudnia 2023 r. także i w całym kraju dało się dostrzec spadek wartości stopy bezrobocia z 5,2% do 5,1% - czyli o 0,1 punktu procentowego. W województwie łódzkim spadek ten był identyczny i postępował: z 5,5% do 5,4%; dawało to 9 miejsce pod względem dynamiki spadku wartości stopy bezrobocia wśród województw (w szeregu rosnącym)²⁶.

I.2.2 Dane dotyczące zaburzeń nastroju, nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną mieszkańców województwa łódzkiego na tle Polski

Jak wynika z Mapy Potrzeb Zdrowotnych „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”²⁷, liczba osób korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w woj. łódzkim z roku na rok rośnie:

- w 2020 r. - 98,56 tys.,
- w 2021 r. - 102,13 tys.,
- w 2022 r. - 105,87 tys.,
- w 2023 r. - 109,13 tys.

Jednocześnie (jak wynika z poniższego wykresu) **województwo łódzkie zajmuje 6. miejsce w Polsce pod względem liczby pacjentów (na 100 tys. mieszkańców) korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.**

²³ Communication from The Commission to The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions on a comprehensive approach to mental health, Komisja Europejska 7.6.2023 COM(2023) 298 final;

²⁴ A review of good workplace practices to support individuals experiencing mental health problems European Agency for Safety and Health at Work, 2024;

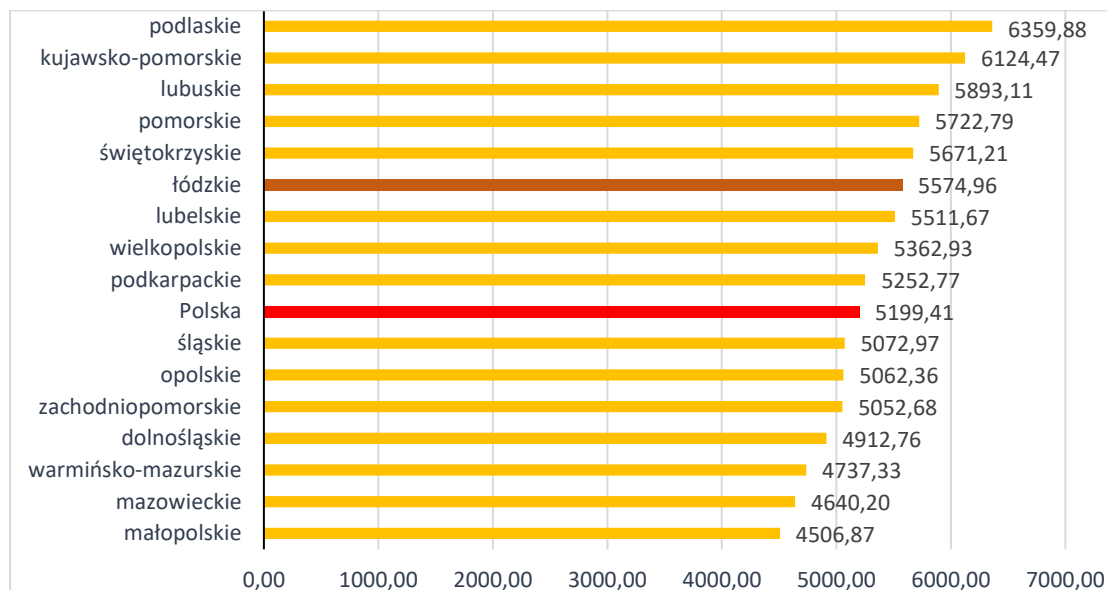
²⁵ Bank danych lokalnych „Pracujący, zatrudnieni i przeciętne zatrudnienie według PKD”, 04.01.2024 r.;

²⁶ „Rynek pracy w województwie łódzkim w 2023 roku”, Regionalne Obserwatorium Rynku Pracy w Wojewódzkim Urzędzie Pracy w Łodzi, Łódź marzec 2024 r.;

²⁷ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli/>

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Wykres 1. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w 2023 r. na 100 tys. mieszkańców.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zawartych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych:
<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli/>

Z jednej strony duża liczba korzystających ze świadczeń wskazuje na rosnącą świadomość wśród pacjentów w zakresie zdrowia psychicznego, a jednocześnie oznacza problem związany z dużą potrzebą wsparcia w tym zakresie.

Najczęściej występującą grupą zaburzeń wśród pacjentów dorosłych korzystających ze świadczeń stanowiły zaburzenia lękowe, na drugim miejscu występowały zaburzenia nastroju, natomiast na trzecim zaburzenia organiczne.

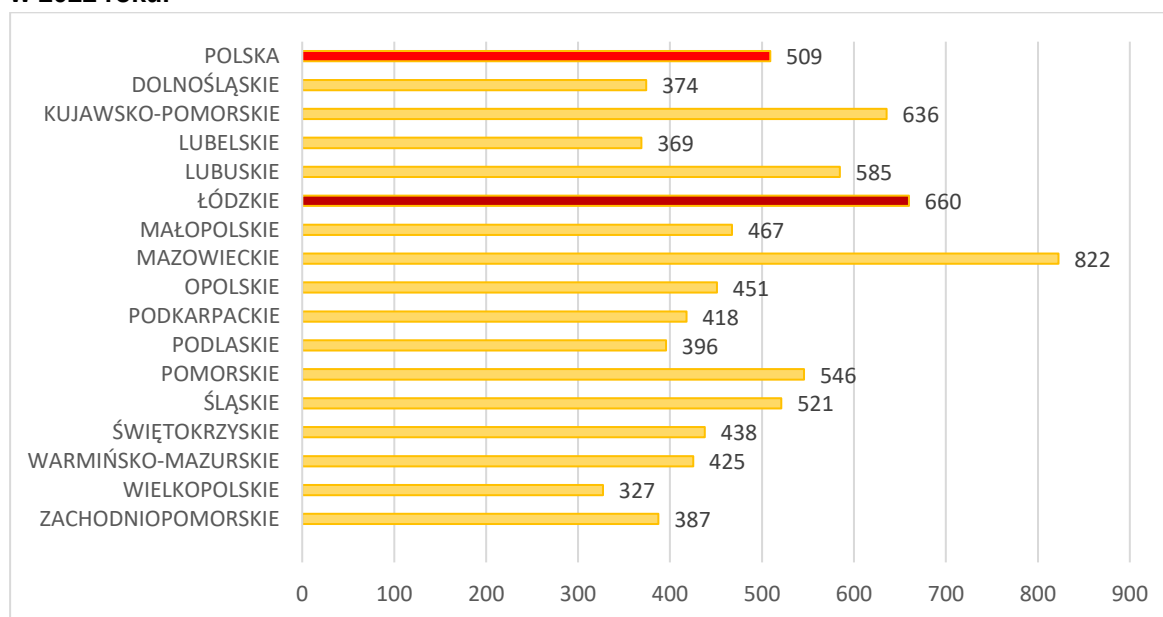
Tabela 2. Liczba pacjentów korzystających w 2023 r. w woj. łódzkim ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wg grupy zaburzeń.

Grupa zaburzeń	Liczba pacjentów
Zaburzenia lękowe	39 668
Zaburzenia nastroju	20 848
Zaburzenia organiczne	19 349
Uzależnienia	17 737
Schizofrenia	10 483
Niepełnosprawność intelektualna	3 725
Zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej	3 660
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	3 261
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	941
Psychozy inne niż schizofrenia	753
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	635
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	388
Zaburzenia identyfikacji płciowej i preferencji seksualnych	221
Zaburzenia odżywiania	201

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zawartych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych:
<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli/>

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Wykres 2. Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi na 10 tys. mieszkańców w 2022 roku.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Bank Danych Lokalnych GUS: <https://bdl.stat.gov.pl> > Stan zdrowia ludności > Ochrona zdrowia, opieka społeczna i świadczenia na rzecz rodziny > Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu

Na podstawie danych dotyczących czynników wpływających na kontakt pacjentów z podstawową opieką zdrowotną w latach 2018-2023 można zaobserwować wzrost o 4,39% liczby zgłoszeń do POZ z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w 2023 roku względem 2018 r. Może to wskazywać na rosnące potrzeby korzystania mieszkańców z ww. świadczeń zdrowotnych. Poniżej przedstawiono dane w tym zakresie.

Tabela 3. Czynniki wpływające na kontakt ze służbą zdrowia – podstawowa opieka zdrowotna.

poziom 1 - rozdział	Liczba świadczeń					
poziom 2 - grupy klasyfikacyjne	2018	2019	2020	2021	2022	2023
F00-F99 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	175 842	179 279	167 047	166 301	170 404	183 564
w tym F30-F39 Zaburzenia nastroju [afektywne]	33 392	34 016	32 475	32 158	33 943	35 967
w tym F40-F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	55 214	55 182	57 716	56 599	57 198	60 697

Źródło: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>

W latach 2018-2023 wzrósł średni i maksymalny czas oczekiwania na finansowane ze środków NFZ świadczenia poradni zdrowia psychicznego w województwie odpowiednio z 39 do 66 dni i 451 do 1173 dni. Przy czym w tym samym okresie malała liczba świadczeniodawców. W związku z tym nie można stwierdzić w jakim stopniu przyczyną dłuższego czasu oczekiwania są rosnące potrzeby, a w jakim mniejsza podaż usług zdrowotnych. Poniżej przedstawiono średni i maksymalny czas oczekiwania na świadczenia poradni zdrowia psychicznego w województwie łódzkim, a także liczbę świadczeniodawców w tym zakresie.

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Tabela 4. Czas oczekiwania na świadczenia poradni zdrowia psychicznego w woj. łódzkim.

	Grudzień 2018	Grudzień 2019	Grudzień 2020	Grudzień 2021	Grudzień 2022	Grudzień 2023
Średnia	39	35	30	42	44	66
Maks.	451	186	320	357	362	1173
Liczba świadczeniodawców	62	54	54	54	53	51

Źródło: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/>
Dane dla przypadku stabilny.

W latach 2018-2023 wzrósł średni i maksymalny czas oczekiwania na finansowane ze środków NFZ świadczenia poradni psychologicznej w województwie odpowiednio z 14 do 39 dni i 90 do 414 dni. Liczba świadczeniodawców w tym okresie była zbliżona. Może to wskazywać na rosnące potrzeby mieszkańców korzystania z ww. świadczeń zdrowotnych. Poniżej przedstawiono dane w tym zakresie.

Tabela 5. Czas oczekiwania na świadczenia poradni psychologicznej w woj. łódzkim.

	Grudzień 2018	Grudzień 2019	Grudzień 2020	Grudzień 2021	Grudzień 2022	Grudzień 2023
Średnia	14	27	20	25	27	39
Maks.	90	198	132	178	124	414
Liczba świadczeniodawców	16	15	15	15	15	17

Źródło: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/>
Dane dla przypadku stabilny.

Poniżej przedstawiono dane dotyczące liczby zgonów mieszkańców województwa z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Tabela 6. Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w woj. łódzkim.

Rok	2018	2019	2020	2021	2022
Liczba zgonów	270	281	235	313	263

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS: <https://bdl.stat.gov.pl> > Ludność > Urodzenia i zgony > Zgony wg przyczyn.

W kontekście zgonów należy też zauważyć, że zaburzenia psychiczne, których dotyczy niniejszy program mogą przyczyniać się do samobójstw. Poniżej przedstawiono dane w tym zakresie

Tabela 7. Liczba samobójstw w woj. łódzkim.

Rok	2018	2019	2020	2021	2022
Liczba samobójstw	351	338	317	327	333

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS: <https://bdl.stat.gov.pl> > Ludność > Urodzenia i zgony > Zgony wg przyczyn.

Liczba zgonów z przyczyn chorób układu nerwowego i narządów zmysłów była o 17% wyższa od średniej krajowej. Ponadto **województwo łódzkie zajmuje 5. miejsce pod względem liczby samobójstw**²⁸ W genezie samobójstw główna rola przypada zaburzeniom psychicznym, a szczególnie depresji.

Problem związany z zaburzeniami psychicznymi i chorobami układu nerwowego znajduje swoje odzwierciedlenie na rynku pracy.

²⁸ Bank danych lokalnych „Zgodny według przyczyn”, 18.10.2023;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

W Polsce w 2023 roku lekarze wystawili prawie półtora miliona zwolnień lekarskich z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Najczęściej powodem była reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. Możemy spodziewać się dalszych wzrostów, a w efekcie – narastającego problemu z wypaleniem zawodowym.

W województwie łódzkim w 2023 r. wystawiono 111 777 zaświadczeń lekarskich z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (o ponad 6,8 tys. więcej niż w 2022 r.). Jednocześnie jest to druga najczęściej występująca jednostka chorobowa z tytułu której wystawiano zaświadczenia lekarskie (zaraz po chorobach układu oddechowego).²⁹

Ponadto województwo łódzkie zajmuje drugie miejsce w kraju pod względem liczby wydanych zaświadczeń na 100 tys. mieszkańców.

Tabela 8. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych w 2023 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania na 100 tys. mieszkańców.

Obszar	Liczba zaświadczeń lekarskich na 100 tys. mieszkańców
Polska	3 745,33
Wielkopolskie	5 157,35
Łódzkie	4 731,26
Kujawsko-Pomorskie	4 466,53
Pomorskie	4 096,67
Śląskie	3 914,88
Dolnośląskie	3 887,93
Zachodniopomorskie	3 852,16
Mazowieckie	3 810,40
Lubuskie	3 713,25
Świętokrzyskie	3 636,12
Warmińsko-Mazurskie	3 247,56
Małopolskie	2 858,64
Opolskie	2 644,64
Podkarpackie	2 508,93
Lubelskie	2 221,28
Podlaskie	2 208,46

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZUS: <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>

Z wyliczeń Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, że w roku 2023 liczba dni absencji chorobowej z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania mieszkańców całego kraju wyniosła 26,1 mln.³⁰ To oznacza wzrost o 9,5 proc. w porównaniu z wcześniejszym rokiem. Do 20 dni wydłużył się też średni czas choroby na osobę.

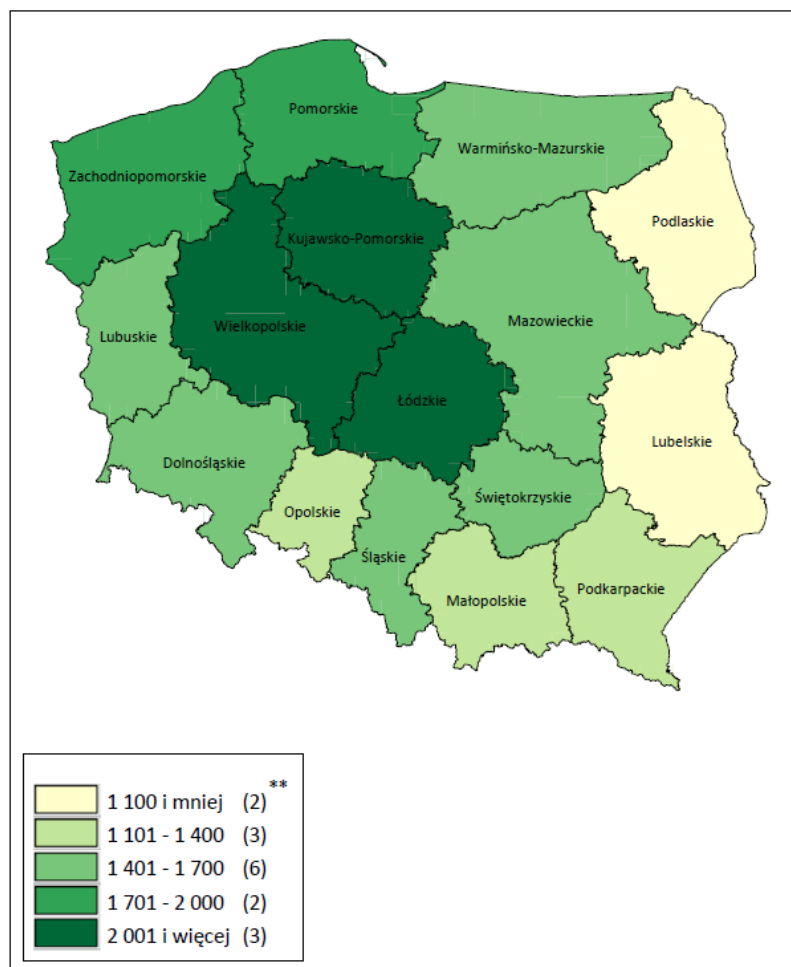
W woj. łódzkim liczba dni absencji wyniosła 2,2 mln i plasuje województwo w czołówce województw z tytułu długości przebywania na zwolnieniach lekarskich z powodu chorób zaburzeń.

Rysunek 1. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych zdrowotnie* według województw.

²⁹ Absencja chorobowa w 2023 roku, ZUS, Warszawa 2024. tabl. 28 Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS według grup chorobowych oraz województw;

³⁰ Raport „Absencja chorobowa w 2023 r” ZUS Departament Statystyki Prognoz Aktuariatnych, Warszawa 2024 r.;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej



* przyporządkowanie do województw według miejsca zameldowania ubezpieczonego
(bez emerytów i rencistów, osób pobierających zasiłki i świadczenia przedemerytalne
oraz osób pobierających renty socjalne)

** liczba województw

Źródło: Absencja chorobowa w 2023 roku ZUS Departament Statystyki Prognoz Aktuariatnych, Warszawa 2024 r., rys. 10.

Ze szczegółowych danych ZUS wynika, że jeśli chodzi o absencje związane z zaburzeniami psychicznymi oraz zaburzeniami zachowania w 2023 roku najwięcej dni na zwolnieniach lekarskich było spowodowanych reakcją na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne – 8,9 mln. W tej liczbie na mężczyzn przypadło nieco ponad 3 mln, a na kobiety – ponad 5,8 mln dni. W 2022 roku było to 7,8 mln dni.

Jeśli chodzi o inne przyczyny dni zwolnień lekarskich, wywołanych kwestiami zdrowia psychicznego, to w 2023 roku na epizod depresyjny przypadło ich 5,1 mln, wobec 4,7 mln rok wcześniej. Z kolei pozostałe zaburzenia lękowe odpowiadały za 4,8 mln dni, czyli więcej niż w 2022 roku, z wynikiem 4,2 mln dni. Zaburzenia depresyjne nawracające były przyczyną 2,4 mln dni zwolnień, wobec 2,2 mln rok wcześniej.

Zaburzenia adaptacyjne są zawsze poprzedzone kryzysem, który wywołuje u danej osoby określone objawy. Takie wyzwalające wydarzenia nie są rzadkością w cyklu życia, ale mimo to stanowią obciążenie – zwraca uwagę Michał Pajdak z platformy ePsycholodzy.pl.

Powodów wzrostu liczby dni absencji należy szukać we wzroście świadomości na temat zdrowia psychicznego, w tym depresji. Ludzie są bardziej skłonni zgłaszać swoje problemy i szukać pomocy, co może prowadzić do większej liczby diagnoz.

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Dane ZUS pokazują także, że w 2023 roku mężczyźni mieli 1,7 mln dni absencji z tytułu epizodu depresyjnego (rok wcześniej 1,5 mln), podczas gdy kobiety odnotowały ich 3,4 mln (3,2 mln w 2022 r.). W przypadku zaburzenia depresyjnego nawracającego było to odpowiednio 0,8 mln dni zwolnień lekarskich dla mężczyzn (w 2022 roku 0,7 mln) oraz 1,6 mln w przypadku kobiet (1,5 mln rok wcześniej).³¹

Wśród najczęściej występujących w 2023r. w woj. łódzkim zaświadczeń lekarskich z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania występują następujące jednostki chorobowe: reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43), inne zaburzenia lękowe (F41), epizod depresyjny (F32), zaburzenia depresyjne nawracające (F33).

Tabela 9. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych w 2023 r. z powodu wybranych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w woj. łódzkim

JEDNOSTKI CHOROBOWE		OGÓŁEM	OSOBY W WIEKU 19-49	50-64 lat	65 LAT I WIĘCEJ
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	(F00-F99), w tym:	111 777	84 323	26 150	1 304
Zaburzenia nastroju (afektywne)	(F30-F39), w tym:	31 990	22 375	9 132	483
• Epizod maniakalny	F30	22	17	5	-
• Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	F31	2 187	1 572	576	39
• Epizod depresyjny	F32	17 715	12 989	4 482	244
• Zaburzenia depresyjne nawracające	F33	10 754	6 778	3 789	187
• Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)	F34	879	662	205	12
• Inne zaburzenia nastroju (afektywne)	F38	283	229	54	-
• Zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone	F39	150	128	21	1
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoform)	(F40-F48), w tym:	66 357	51 947	13 810	600
• Zaburzenia lękowe w postaci fobii	F40	196	169	23	4
• Inne zaburzenia lękowe	F41	19 778	15 510	4 148	120
• Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)	F42	508	464	43	1
• Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	F43	40 646	31 946	8 299	401
• Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	F44	78	66	12	-
• Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoform disorders)	F45	681	495	172	14
• Inne zaburzenia nerwicowe	F48	4 470	3 297	1 113	60

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZUS: <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>

Konsekwencją wydanych zaświadczeń był koszt ich udzielania. W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w 2022 r. grupami chorobowymi generującymi najwyższe wydatki w Polsce były analogicznie jak w roku poprzednim zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 16,3% ogółu wydatków. Jednocześnie najwyższe przeciętne wydatki na 1 osobę odnotowano w odniesieniu do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00 - F99) – 295,61 zł. W woj. łódzkim przeciętne wydatki przekraczają średnią dla kraju i wynoszą ponad 320 zł na 1 osobę ubezpieczoną³².

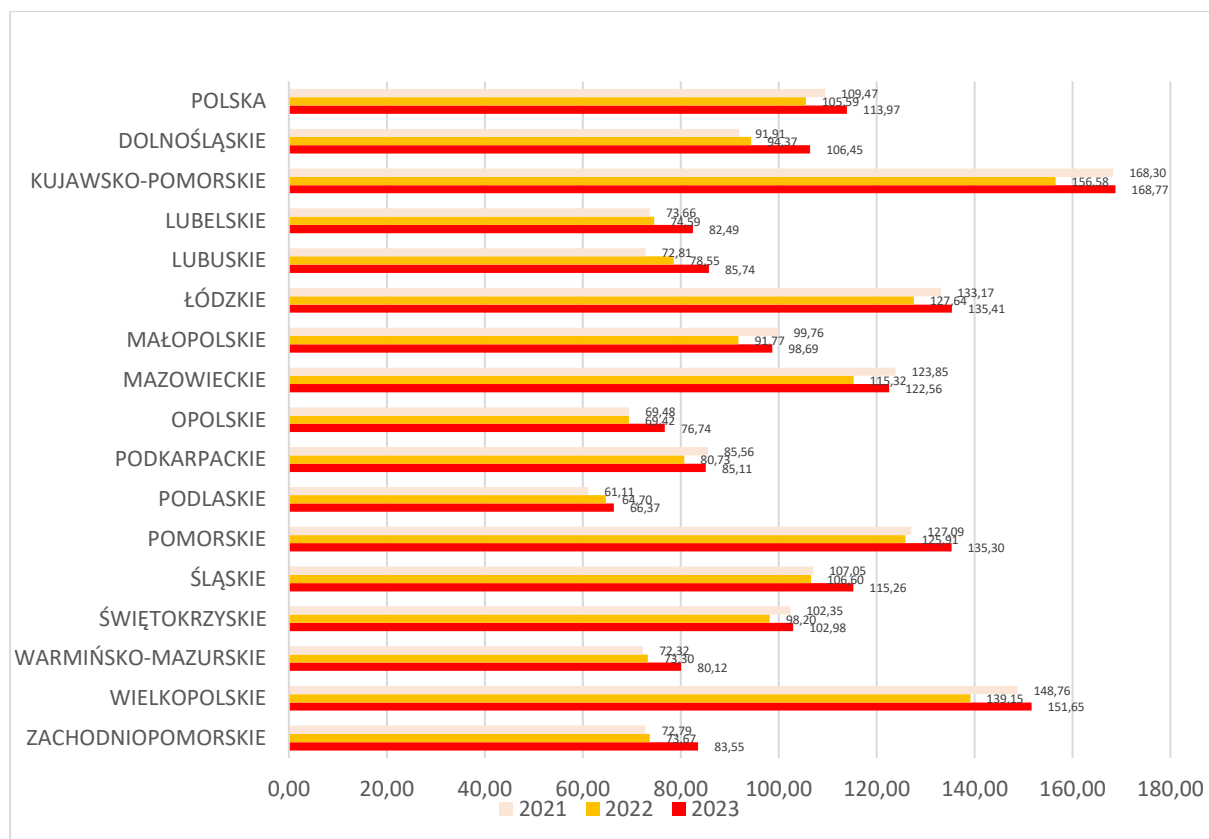
³¹ <https://www.termia.pl/mz/Coraz-wiecej-zwolnien-z-powodu-zaburzen-psychicznych,55774.html>

³² Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r, ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, Warszawa 2023;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Ze względu na znaczne zróżnicowanie liczby mieszkańców województw, aby móc dokonać porównań i właściwie zobrazować problem zdrowotny w woj. łódzkim na tle kraju oszacowano wskaźniki odnoszące liczbę zaświadczeń lekarskich do 10 tys. mieszkańców danego obszaru.

Wykres 3. Wskaźnik Liczba zaświadczeń lekarskich z powodu: Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39) na 10 tys. mieszkańców obszaru województw i kraju.

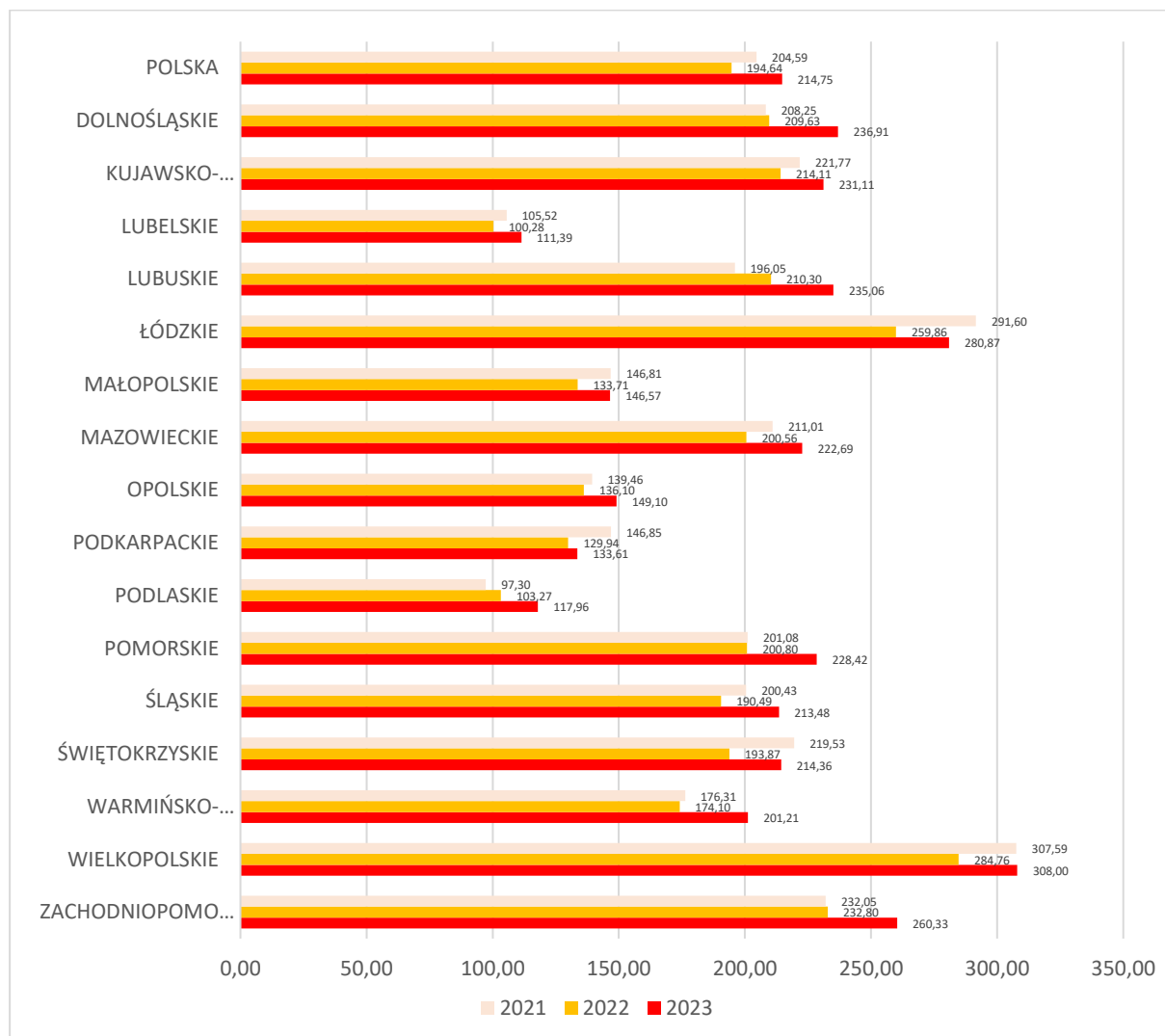


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZUS: <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>

Na podstawie danych dotyczących wskaźnika liczby zaświadczeń lekarskich do 10 tys. mieszkańców danego obszaru dla grupy Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39) stwierdzono, że **wartość wskaźnika dla woj. łódzkiego** (2021 r. – 133,17; 2022 r. – 127,64.; 2023 r. – 135,41 zaświadczeń lekarskich na 10 tys. mieszkańców) **jest wyższa niż dla całego kraju** (2021 r. – 109,47; 2022 r. – 105,59.; 2023 r. – 113,97 zaświadczeń lekarskich na 10 tys. mieszkańców), **a pod względem wielkości wskaźnika woj. łódzkie znajduje się na trzecim miejscu w kraju**, za woj. kujawsko-pomorskim, woj. wielkopolskim.

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Wykres 4. Wskaźnik Liczba zaświadczeń lekarskich z powodu: Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48) na 10 tys. mieszkańców obszaru województw i kraju.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZUS: <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>

Na podstawie danych dotyczących wskaźnika liczby zaświadczeń lekarskich do 10 tys. mieszkańców danego obszaru dla grupy Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoform) (F40-F48) stwierdzono, że **wartość wskaźnika dla woj. łódzkiego** (2021 r. – 291,60; 2022 r. – 259,86; 2023 r. – 280,87 zaświadczeń lekarskich na 10 tys. mieszkańców) **jest wyższa niż dla całego kraju** (2021 r. – 204,59; 2022 r. – 194,64.; 2023 r. – 214,75 zaświadczeń lekarskich na 10 tys. mieszkańców), a pod względem wielkości wskaźnika **woj. łódzkie znajduje się na drugim miejscu w kraju**, za woj. wielkopolskim.

W ramach rehabilitacji ZUS prowadzona jest również rehabilitacja z powodu schorzeń psychosomatycznych. W 2021 r. w Polsce objęto ją 1 030 osób. Wśród rehabilitowanych mieszkańców województw mieszańcy łódzkiego stanowili trzecią grupę pod względem liczebności (9,8% z rehabilitowanych ogółem, 11% mazowieckie, 26,8% śląskie).

Wśród schorzeń psychosomatycznych najczęściej rozpoznaniem powodującym skierowanie na rehabilitację leczniczą były:

- inne zaburzenia lękowe F41 (32,4%),

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- zaburzenia depresyjne nawracające F33 (21,0%),
- reakcja na ciężki stres F43 (18,4%),
- epizod depresyjny F32 (11,4%),
- inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną F06 (4,3%).

Nie odnaleziono danych na poziomie województwa, a także nie odnaleziono danych nowszych niż za 2021 r.

I.3 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Opieka zdrowotna w obszarze ochrony zdrowia psychicznego zorganizowana jest zgodnie z zapisami:

- **Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.** (Dz.U. z 2024 r. poz. 917) oraz
- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 19 czerwca 2019 r.** (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285)

Podstawą prawną do realizacji działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego do końca 2022 roku stanowił krajowy dokument o charakterze strategicznym, tj.

- **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022** przyjęty Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz. U. 2017 poz. 458),
a obecnie stanowi
- **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030** przyjęty Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. (Dz.U. 2023 poz. 2480).

których cele określa poniższa tabela:

Narodowy Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030
Cele główne	
1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb; 2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi; 3) monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.	1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb; 2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.
Cele szczegółowe	
Cel główny 1) a) powszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, b) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, c) aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi, d) skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy, e) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom	Cel główny 1) a) upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej, b) upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne, c) upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych, d) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, e) aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi, f) skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia, g) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom,
Cel główny 2) a) opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,	

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi; Cel główny 3) a) gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie	h) opracowanie i wdrożenie nowego, zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi, i) upowszechnienie rekomendowanych założeń do programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych, j) opracowanie we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach uzależnień oraz z podmiotami zrzeszającymi psychoterapeutów uzależnień, standardów lub rekomendacji postępowania medycznego, psychologicznego i psychoterapeutycznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie leczenia uzależnień. Cel główny 2) a) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach, b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi
--	---

Działania niniejszego Programu wpisują się w cel szczegółowy Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 tj. aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi.

I.3.1 Rehabilitacja finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Świadczenia są udzielane pacjentom ze wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00–F99), ponadto istnieje również możliwość prowadzenia obserwacji i badania psychiatrycznego diagnostycznego przypadków podejrzanych o zaburzenia psychiczne (Z03 i Z04.6).

Świadczenia gwarantowane realizowane są w warunkach:

- 1) stacjonarnych:
 - a) psychiatrycznych,
 - b) leczenia uzależnień,
 - c) w izbie przyjęć;
- 2) dziennych:
 - a) psychiatrycznych,
 - b) leczenia uzależnień;
- 3) ambulatoryjnych:
 - a) psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego),
 - b) leczenia uzależnień.

Poniżej przedstawiono szerzej zakres udzielanych świadczeń:

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych:

- świadczenia psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, powyżej 18 roku życia (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania F00–F99);
- świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, powyżej 18 roku życia, u których jest konieczna jednoczesna diagnostyka i leczenie towarzyszących schorzeń somatycznych lub leczenie gruźlicy oraz innych towarzyszących chorób zakaźnych (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99) z towarzyszącymi im chorobami somatycznymi oraz chorobami zakaźnymi (A15–A19));

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych obejmujące leczenie chorych na przewlekłe lub oporne na terapię zaburzenia psychiczne, w szczególności psychotyczne (zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39));
- świadczenia psychogeriatryczne obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniami procesów poznawczych, powyżej 60 roku życia. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się hospitalizację pacjentów w wieku poniżej 60 roku życia (zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39));
- świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej obejmujące wczesną lub późną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, w wieku od 18 roku życia, leczonych z powodu utrwalonych zaburzeń funkcjonowania życiowego lub znacznego ryzyka powstania takich zaburzeń (zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39));
- świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99));
- świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99));
- świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych obejmujące opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach (zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39));
- świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych obejmujące opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach (zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39));
- świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania, posiadającym 1–3 osobowe pokoje ze współdzieleniem części wyposażenia oraz pomieszczeń, w tym wspólnej kuchni i łazienki, w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne w celu poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych, dla świadczeniobiorców niewymagających leczenia szpitalnego (hostel), w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne dla świadczeniobiorców nie wymagających leczenia szpitalnego, lecz wymagających poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych (zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39));
- świadczenia w opiece domowej lub rodzinnej jako 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 (zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39));
- leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych (ze wskazań życiowych u osób z rozpoznaniem: Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39));

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych w izbie przyjęć:

- świadczenia w izbie przyjęć udzielane całodobowo w trybie nagłym, w tym świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne, niezakończone hospitalizacją w oddziale lub pobytem w ośrodku lub zakładzie. Świadczenia obejmują w razie potrzeby, zabezpieczenie medyczne świadczeniobiorców oraz zapewnienie transportu, w razie konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99));

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach dziennych psychiatrycznych:

- świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę, leczenie i wczesną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym psychotycznymi, powyżej 18 roku życia (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99), z wyłączeniem:

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków (substancji) psychoaktywnych (F10-F19) oraz upośledzenia umysłowego (F71-F79));

- świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych obejmujące rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. W ramach pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi (zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39));
- świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia (zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39));

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego):

- świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych – porady, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99)),
- leczenie środowiskowe (domowe) – porady, wizyty domowe lub środowiskowe, sesje psychoterapii, udzielane w środowisku zamieszkania, ujęte w kompleksowy program terapeutyczny; realizowane przez zespół leczenia środowiskowego lub domowego w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą i jego rodziną (Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39)).

W warunkach ambulatoryjnych świadczenia udzielane są przede wszystkim osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych, w ramach poradni zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień. Pacjent ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad (w zakresie diagnozy, terapii), wizyt domowych oraz sesji psychoterapii (indywidualnej lub grupowej). Do poradni na wizytę u psychiatry nie jest wymagane skierowanie. Natomiast na wizytę u psychologa i psychoterapeuty wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

W poradniach psychologicznych ustalany jest plan terapeutyczny dobrany indywidualnie i adekwatnie do stanu psychofizycznego pacjenta uwzględniający leczenie farmakologiczne, psychoedukację, pomoc psychologiczną, różne formy psychoterapii. Celem kolejnych wizyt jest monitorowanie stanu psychicznego i postępu leczenia. Częstość wizyt zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta.

Kolejną formą wsparcia w ramach leczenia ambulatoryjnego w psychiatrycznej opiece zdrowotnej są **zespoły leczenia środowiskowego**, przeznaczone dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Zespoły Leczenia Środowiskowego zazwyczaj są jednostką organizacyjną szpitala psychiatrycznego, Poradni Zdrowia Psychicznego lub Zakładu Opieki Zdrowotnej. Podstawową formą kontaktu są wizyty domowe. Zespoły Leczenia Środowiskowego pełnią niezwykle ważną funkcję w środowiskowym modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W ramach pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego powstało 106 **centrów zdrowia psychicznego** (CZP), w tym w województwie łódzkim 8 (4 w Łodzi, po 1 w Bełchatowie, Pabianicach, Sieradzu, Tomaszowie Mazowieckim). Centra udzielają czynnej pomocy, obejmującej leczenie i wsparcie osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, które wymagają zapewnienia ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej. W zależności od rodzaju pomocy CZP zapewnia pomoc długoterminową i krótkoterminową. Osobom w stanach nagłych i przypadkach pilnych udziela się pomocy doraźnej, a osobom zainteresowanym konsultacyjnej. CZP jest zespołem składników majątkowych, za pomocą których podmiot leczniczy wykonuje kompleksową, ciągłą i koordynowaną działalność leczniczą w zakresie opieki psychiatrycznej w rodzajach (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego). CZP udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- 1) stacjonarnych
 - a) psychiatrycznych,
 - b) w miejscu udzielania pomocy doraźnej,
- 2) dziennych psychiatrycznych,
- 3) ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego).
 - a) psychiatrycznych,
 - b) leczenia środowiskowego (domowego),
 - c) całodobowej opieki przy minimum jednej poradni zdrowia psychicznego posiadającej punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny.

I.3.2 Rehabilitacja finansowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Rehabilitację leczniczą w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania prowadzi także Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej na podstawie art. 69 *Ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne* (Dz.U. 2019 poz. 277).

Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób:

- ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy,
- uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

Zgodnie z *Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne*, rehabilitacja prowadzona jest w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym trwa 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony.

I.3.3 Rehabilitacja finansowana ze środków w dyspozycji Samorządu Województwa Łódzkiego

Działania w obszarze rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania były podejmowane w ramach środków UE i budżetu państwa dystrybuowanych przez Samorząd Województwa Łódzkiego.

W latach 2019-2023 realizowany był program polityki zdrowotnej pn. „Program edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego”. Realizacja programu odbywała się poprzez projekty wybierane do dofinansowania w ramach naboru przeprowadzonego z Poddziałania X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

aktywności zawodowej, Działania X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Osi Priorytetowej X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Celem głównym Programu było ułatwienie powrotu do sprawności umożliwiającej podjęcie pracy lub wydłużenie aktywności zawodowej poprzez działania edukacyjne i rehabilitację, co najmniej 10% wśród 3.000 pacjentów z województwa łódzkiego z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną. Adresatami były osoby w wieku aktywności zawodowej, ze szczególnym uwzględnieniem osób, ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 50 roku życia, cierpiących na zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.

Do udziału w Programie zakwalifikowano łącznie 2.574 osoby. Po opuszczeniu programu 806 osób podjęło pracę lub kontynuowało zatrudnienie. Program umożliwiał skorzystanie z:

- zajęć warsztatowych (treningu rozwijania umiejętności psychospołecznych, treningu radzenia sobie ze stresem, treningu rozwijania umiejętności emocjonalnych, treningu zarządzania sobą w czasie, treningu relaksacyjnego),
- indywidualnych konsultacji psychologicznych i/lub psychiatrycznych
- czy zajęć aktywności fizycznej.

Jak wynika z raportu końcowego z realizacji Programu³³ wartości mierników efektywności tzn. efektów zdrowotnych i rezultatu związany z aktywnością zawodową zostały osiągnięte w stopniu znacznie przewyższającym założenia.

Miernik efektywności	Wartość miernika zakładana w PPZ	Wartość osiągnięta (na podstawie raportu końcowego)
Liczba osób, które po zakończeniu udziału w Programie podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	min. 10% uczestników	312%
Liczba osób, u których po udziale w Programie nastąpi poprawa w zakresie odczuwanego stresu , rozumiana jako uzyskanie w powtórnym badaniu testem PSS-10 wyniku mieszczącego się w 1-4 stenie.	min. 30% uczestników	83,57%
Liczba osób, u których po udziale w Programie nastąpi wzrost poczucia własnej skuteczności , rozumiany jako uzyskanie w powtórnym badaniu skalą GSES wyniku mieszczącego się w 5-10 stenie.	min. 30% uczestników	95,21%
Liczba osób, u których po udziale w Programie nastąpi poprawa w zakresie ogólnego stanu zdrowia psychicznego , rozumiana jako uzyskanie w powtórnym badaniu kwestionariuszem GHQ wyniku mieszczącego się w 1-6 stenie.	min. 30% uczestników	97,51%
Liczba osób, u których zwiększy się poziom wiedzy dot. zaburzeń nerwicowych , związanych ze stresem i pod postacią somatyczną.	min. 30% uczestników	92%
Liczba osób deklarujących wzrost motywacji do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej .	min. 30% uczestników	90,65%

Ponadto zgodnie z przeprowadzonymi ankietami satysfakcji:

- 1980 i 355 uczestników, odpowiednio 82,98% i 14,88% (razem 97,85%) wskazało, że **Program odpowiada na potrzeby mieszkańców woj. łódzkiego** (odpowiedzi „zdecydowanie tak”, „raczej tak”);
- 2005 i 330 uczestników, odpowiednio 84,03% i 13,83% (razem 97,86%) wskazało, że **jest zadowolonych z organizacji świadczeń w Programie** (odpowiedzi „zdecydowanie tak”, „raczej tak”);
- 2062 i 301 uczestników, odpowiednio 86,42% i 12,62% (razem 99,04%) wskazało, że **jest zadowolonych z jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu** (odpowiedzi „zdecydowanie tak”, „raczej tak”);

³³ <https://bip.lodzkie.pl/urząd-marszałkowski/programy/item/13420-raport-ko-C5%84cowy-z-realizacji-programu-polityki-zdrowotnej-dotycz-C4%85cy-E2%80%9Eprogramu-edukacyjno-rehabilitacyjnego-w-zaburzeniach-nerwicowych,-zwi-C4%85zanych-ze-stresem-i-pod-postaci-C4%85-somatyczn-C4%85-dla-mieszka-C5%84c-C3%B3w-wojew-C3%B3dztwa-C5%82-C3%B3dzkiego-E2%80%9D>;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- 2055 i 306 uczestników, odpowiednio 86,13% i 12,62% (razem 98,75%) wskazało, że **poleciłoby Program innym osobom** (odpowiedzi „zdecydowanie tak”, „raczej tak”).

Wskazane wyniki, szczególnie efekty realizacji, stanowią argument dotyczący skuteczności tego rodzaju interwencji i potrzeby realizacji kolejnych programów polityki zdrowotnej w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Realizację powyższego programu docenił także NIK podczas prowadzonej przez siebie kontroli: „**spośród sześciu skontrolowanych przez NIK samorządów, jedynie w trzech (w województwach: Małopolskim, Łódzkim i Mazowieckim) opracowano i wdrożono rozwiązania dotyczące zapobiegania i leczenia depresji w formie kompleksowych programów polityki zdrowotnej**”.³⁴

I.3.4 Rehabilitacja finansowana ze środków PFRON

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) prowadzi działania dotyczące szeroko pojętej rehabilitacji w ramach pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus”.

Finansowane mogą być: całodienne usługi opiekuńcze, aktywizacja fizyczna, intelektualna i społeczna, a także zawodowa, usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, udział w zajęciach: usprawniających, terapeutycznych, wspierających ruchowo, prowadzonych w ramach kół zainteresowań; działania aktywizujące zawodowo (w przypadku absolwentów szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy – SPdP), transport, pomoc w rozwinięciu i wzmacnianiu aktywności oraz samodzielności życiowej oraz utrzymaniu nabytych wcześniej umiejętności, pomoc psychologiczna, poradnictwo i wsparcie w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych oraz bieżących sprawach życia codziennego, wydatki rzeczowe i osobowe związane ze wsparciem udzielanym beneficjentom programu; wydatki związane z bieżącą działalnością ośrodka rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczego (OREW), ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego (ORW), szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy (SPdP) bądź innych placówek edukacyjnych, w zakresie wsparcia udzielanego beneficjentom programu.

W programie aplikować mogą: podmioty prowadzące ośrodek rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczy (OREW), ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy (ORW), szkołę specjalną przysposabiającą do pracy (SPdP), inną placówkę edukacyjną, w której realizowany jest obowiązek nauki.

Uczestnikami są niezatrudnione osoby niepełnosprawne będące absolwentami OREW bądź ORW w wieku powyżej 25 roku życia, bądź absolwentami SPdP w wieku powyżej 24 roku życia, z niepełnosprawnością intelektualną (w tym sprzężoną z innymi niepełnosprawnościami); innych placówek edukacyjnych w wieku powyżej 25 roku życia: niepełnosprawne intelektualnie w stopniu głębokim tzn. te, które w trakcie realizacji obowiązku nauki posiadały orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradniach specjalistycznych, zgodnie z przepisami w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych i legitymujące się aktualnym orzeczeniem, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym sprzężoną z innymi niepełnosprawnościami, które nie są objęte rehabilitacją społeczną w placówkach dziennej aktywności (np. środowiskowych domach samopomocy czy warsztatach terapii zajęciowej).

Program dotyczy obszaru zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Jest adresowany do osób niezatrudnionych. Brak informacji w jakim stopniu uczestnikami działań są albo planowane jest, że będą osoby bezrobotne zarejestrowane. Ze względu skoncentrowanie na osobach z niepełnosprawnością,

³⁴ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/uwaga-depresja.html>

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

różnicy cechy wieku uczestników i odmiennego przedmiotu należałoby traktować te działania jako komplementarne do interwencji opracowanego programu polityki zdrowotnej.

I.3.5 Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

Świadczenia w ramach niniejszego Programu stanowią wartość dodaną do oferowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej.

Program zawiera dodatkowe interwencje, niemieszczące się w koszyku świadczeń gwarantowanych, tj.:

- Trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej;
- Trening redukcji stresu;
- Trening relaksacyjny;
- Udział w edukacji zdrowotnej podczas sesji terapeutycznych, dzięki której zwiększy się samoświadomość uczestników Programu na temat własnej choroby.

Dodatkowo wartością dodaną jest:

- umożliwienie finansowania w programie kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla uczestników z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem, a także
- zapewnienia opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia, jeśli kwestie te stanowią barierę w dostępie do świadczeń.

I.3.6 Zgodność Programu z dokumentem „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”.

Wszystkie działania w obszarze ochrony zdrowia współfinansowane w perspektywie 2021-2027 ze środków europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych (EFSI), w tym również realizowane w ramach programów regionalnych, muszą być zgodne z dokumentem „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030” uzgodnionym przez Polskę z Komisją Europejską i stanowiącym załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

Działania niniejszego Programu bezpośrednio wpisują się w wyznaczony w ww. dokumencie Kierunek interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych, Narzędzie 1.2. Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób Pracujących, które obejmuje rehabilitację.

Realizacja niniejszego Programu odpowiada też na problem niewystarczającej dostępności do świadczeń.

Tematyka i założenia niniejszego Programu są zgodne z priorytetem określonym w pkt 5 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych* (Dz.U. 2018, poz. 469) - „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”.

Program zgodny jest z zapisami:

- „Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027”, Cel operacyjny 2.4 Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- Regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego dla województwa łódzkiego na lata 2024-2030, Priorytet 1.2. Zdrowie psychiczne osób aktywnych zawodowo.

Ponadto Program jest komplementarny do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030.

I.4 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu polityki regionalnej

Zgodnie z zapisami **Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa** „*Samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności: w zakresie promocji i ochrony zdrowia*” (art. 14 ust. 1 pkt 2).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi w art. 6, iż zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 9. ww. Ustawy stanowi, iż **do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa** – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami, a także **opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia**.

Artykuł 9a brzmi: „**W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych (...)** może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane”.

Zgodnie z „**Mapą potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.**”³⁵ zaburzenia psychiczne są jedną z głównych przyczyn orzeczeń o stopniu niepełnosprawności lub orzeczeń o niepełnosprawności, obniżenia dobrostanu jednostki i jej bliskich, skrócenia długości życia, np. w wyniku samobójstwa lub zaniedbania leczenia chorób współistniejących. Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i opieki społecznej oraz gotowość do podjęcia leczenia na przestrzeni ostatnich lat wzrasta, co przy poprawie dostępności powyższych świadczeń może skutkować lepszym funkcjonowaniem Polaków z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych w sferze rodzinnej, społecznej i zawodowej. Z kolei wśród wyzwań w opiece psychiatrycznej uwzględniono dysproporcję udzielanych świadczeń w ramach leczenia stacjonarnego w porównaniu z ambulatoryjnym i dziennym.

Przygotowany program polityki zdrowotnej przyczyni się do ograniczenia problemu zdrowotnego dotyczącego wybranych zaburzeń psychicznych. Rehabilitacja będzie realizowana w trybie zbliżonym do ambulatoryjnego.

Najważniejszym celem działań określonym w „**Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027**”³⁶ jest **osiągnięcie korzyści zdrowotnych przez mieszkańców regionu**. Celem nadrzędnym Strategii jest „**Poprawa stanu zdrowia mieszkańców**”. Realizacja celu nadrzędnego będzie mierzona za pomocą standardowych mierników stanu zdrowia, przy czym jednym z nich jest wskaźnik dotyczący stanu zdrowia osób w wieku produkcyjnym w kontekście rynku pracy. Jest to współczynnik natężenia powstawania niezdolności do pracy. Pod względem wysokości tego wskaźnika Łódzkie jest na 7 miejscu w Polsce. Wśród celów wytycznych w ww. strategii założono **Cel**

³⁵ Opublikowana w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia 30 sierpnia 2021 r. (poz. 69), <https://www.gov.pl/web/uw-lodzki/mapa-potrzeb-zdrowotnych-2022---2026>;

³⁶ „Strategia polityki zdrowotnej dla województwa łódzkiego na lata 2021-2027”, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego Departament Polityki Zdrowotnej, Łódź, 2021;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

operacyjny 2.4 Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, wskazując, że wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, istotne jest także dalsze realizowanie programów polityki zdrowotnej dotyczących rehabilitacji, w tym nakierowanych na wydłużenie okresu aktywności zawodowej w grupie osób w wieku produkcyjnym.

„Mimo iż depresja staje się coraz poważniejszym problemem zdrowotnym i społecznym, to działania służące jej profilaktyce i leczeniu realizują tylko niektóre samorządy. Poza tym większość środków wydawana jest na doraźną, jednorazową pomoc, a nie na kompleksowe programy zdrowotne” - taki wniosek przedstawiła Najwyższa Izba Kontroli po przeprowadzonej kontroli w jednostkach samorządowych.

NIK sprawdziła, jak samorządy wykonują swoje zadanie własne polegające na zapobieganiu i leczeniu depresji. Zdaniem NIK *„Ich działalność w tym zakresie powinna stanowić istotne uzupełnienie świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. To programy polityki zdrowotnej są optymalną formą dla zapewnienia skutecznej i efektywnej realizacji działań z zakresu opieki zdrowotnej przez samorząd. Realizowane są zwykle w kilkuletniej perspektywie czasowej i podlegają określonym wymogom prawnym, a w szczególności opiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ustawodawca zobowiązał samorządy do zaimplementowania w programach mierników efektywności, które umożliwiają ocenę skuteczności zrealizowanych działań. Natomiast działania realizowane poza programami mają zwykle charakter doraźny, jednorazowy, bez możliwości oceny w dłuższej perspektywie czasowej ich skuteczności w stosunku do założonych celów oraz uzyskanych efektów zdrowotnych. Nie można także określić efektywności wydatkowania na ten cel środków”*.³⁷

Mając powyższe na uwadze oraz realizując założone cele ze „Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027”, w tym osiągnięcie korzyści zdrowotnych przez mieszkańców regionu zdecydowano o potrzebie wdrożenia programu polityki zdrowotnej w zakresie zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną.

³⁷ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/uwaga-depresja.html>;

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Głównym celem Programu jest:

Powrót do sprawności psychicznej, umożliwiającej wydłużenie aktywności zawodowej lub podjęcie pracy co najmniej 60% wśród 5 294 mieszkańców województwa łódzkiego (pracujących lub bezrobotnych zarejestrowanych) z zaburzeniami nastroju, zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną, uczestniczących w Programie w latach 2025-2029.

II.2 Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi Programu są:

- 1) uzyskanie poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym u co najmniej 60% osób uczestniczących w Programie w latach 2025-2029, określanej na podstawie wyników przeprowadzonych testów,
- 2) zmniejszenie negatywnych emocji i lęku w obszarze psychologicznym u co najmniej 60% osób uczestniczących w Programie w latach 2025-2029, określanej na podstawie wyników przeprowadzonych testów,
- 3) wzrost wiedzy na temat zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną o co najmniej 30%, u co najmniej 80% osób uczestniczących w Programie w latach 2025-2029, na podstawie wyników przeprowadzonych testów,
- 4) wzrost wiedzy w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami o co najmniej 30%, u co najmniej 40% uczestniczących w Programie w latach 2025-2029, zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, określanej na poziomie deklaracyjnym na podstawie wyników przeprowadzonych ankiet,

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

W Tabeli przedstawiono wybrane mierniki, na podstawie których można dokonać oceny stopnia realizacji celów Programu.

Tabela 10. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu.

CEL GŁÓWNY	NAZWA MIERNIKA	WARTOŚĆ ODNIESIENIA	WARTOŚĆ DOCELOWA	SPOSÓB POMIARU
Powrót do sprawności psychicznej, umożliwiającej wydłużenie aktywności zawodowej lub podjęcie pracy co najmniej 60% wśród 5 294 mieszkańców województwa łódzkiego (pracujących lub bezrobotnych zarejestrowanych)	Liczba osób, których stwierdzono poprawę stanu zdrowia psychicznego (w związku z udziałem w Programie)	liczba osób, które uczestniczyły w Programie	co najmniej 60% uczestników	Test GHQ-12 przeprowadzony na poradzie psychiatrycznej - kwalifikacyjnej i wizycie końcowej
	Liczba osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia (w związku z udziałem w Programie) podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	liczba osób, które uczestniczyły w Programie	co najmniej 50% uczestników	Pomiar do 4 tygodni od zakończenia przez uczestnika udziału w projekcie. <u>Przykładowe</u> źródła pomiaru: umowa o

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

z zaburzeniami nastroju, zaburzeniami nerwowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną, uczestniczących w Programie w latach 2025-2029				pracę, umowa cywilnoprawna, wpis do CEIDG lub KRS, zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające kontynuację zatrudnienia.
CEL SZCZEGÓŁOWY	NAZWA MIERNIKA	WARTOŚĆ ODNIESIENIA	WARTOŚĆ DOCELOWA	SPOSÓB POMIARU
-1- Uzyskanie poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym u co najmniej 60% osób uczestniczących w Programie w latach 2025-2029, określanej na podstawie wyników przeprowadzonych testów	Liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) stwierdzono poprawę ³⁸ jakości życia w obszarze psychologicznym	liczba osób, które uczestniczyły w Programie	co najmniej 60% uczestników	Porównanie wyników testu przeprowadzonego na poradzie psychiatrycznej - kwalifikacyjnej i wizycie końcowej: Skala QLS stosowana przez WHO
-2- Zmniejszenie negatywnych emocji i lęku w obszarze psychologicznym u co najmniej 60% osób uczestniczących w Programie w latach 2025-2029, określanej na podstawie wyników przeprowadzonych testów	Liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) stwierdzono zmniejszenie negatywnych emocji i lęku w obszarze psychologicznym	liczba osób, które uczestniczyły w Programie	co najmniej 60% uczestników	Porównanie wyników testów przeprowadzonych na poradzie psychiatrycznej - kwalifikacyjnej i wizycie końcowej: - Skala depresji Becka (BDI-II), - Skala Kontroli Emocji (CECS), - Ateńska Skala Bezsenności (AIS), - Skala zaburzeń lękowych Becka (BAI), - Skala depresji Hamiltona (HDRS / HAM-D), - Skala lęku Hamiltona (HAM-A) - Test GHQ-12.
-3- Wzrost wiedzy na temat zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną o co najmniej 30%, u co najmniej 80 % osób uczestniczących w Programie w latach 2025-2029 określanej na poziomie deklaratywnym na podstawie wyników przeprowadzonych testów	Liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) stwierdzono o co najmniej 30% wzrost wiedzy na temat zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną	liczba osób, które uczestniczyły w Programie	co najmniej 80% uczestników	Porównanie wyników testów przeprowadzonych na poradzie psychiatrycznej - kwalifikacyjnej i wizycie końcowej na temat zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną Wzór testu stanowi załącznik nr B

³⁸ **Poprawa** - oznacza zmniejszenie nasilenia zweryfikowane w oparciu wyniki testu przeprowadzone na poradzie psychiatrycznej -kwalifikacyjnej i wizycie końcowej

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

-4- Wzrost wiedzy w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami, o co najmniej 30%, u co najmniej 40% uczestniczących w Programie w latach 2025-2029, zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, określanej na poziomie deklaratywnym na podstawie wyników przeprowadzonych testów	Liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) stwierdzono o co najmniej 30% wzrost wiedzy w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami	liczba osób, które uczestniczyły w Programie	co najmniej 40% uczestników	Porównanie wyników testów przeprowadzonych na poradzie psychiatrycznej - kwalifikacyjnej i wizycie końcowej na temat stanu wiedzy w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami. Wzór testu stanowi załącznik nr C
--	---	---	------------------------------------	---

Uzasadnienie dla przyjętych wartości mierników

Przyjęte wartości wynikają z analizy doświadczeń wdrażania wcześniej realizowanych programów polityki zdrowotnej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Poddziałania X.3.1 *Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej*, konsultacji ze środowiskiem medycznym i wewnętrznym. Zakłada się, że stan zdrowia populacji obejmowanej interwencją programu poprawi się zgodnie z zakładanymi wartościami.

W latach 2019-2023 realizowany był program polityki zdrowotnej pn. „**Program edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego**”. Realizacja programu odbywała się poprzez projekty wybierane do dofinansowania w ramach naboru przeprowadzonego z Poddziałania X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej, Działania X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Osi Priorytetowej X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Skala wpływu na stan zdrowia populacji w wyniku interwencji odpowiada możliwościom dostępnego budżetu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

III.1 Populacja docelowa

Zgodnie z wydanymi na podstawie art. 5 ust. 1 pkt. 12 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 „Wytocznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027”, Podrozdział 7.2. pkt. 9):

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia, jest kierowany do:

- osób pracujących narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub
- do osób zarejestrowanych jako bezrobotne, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.

W woj. łódzkim liczba osób pracujących (wg stanu na 31 grudnia 2022 r.)³⁹ wynosiła 1 003 117, a liczba osób bezrobotnych wynosiła 54 397.

Liczba osób korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w woj. łódzkim w 2022 r. wyniosła 105 873 osób, z czego w tym samym roku wystawiono 104 900 zaświadczeń z tytułu choroby własnej (można zatem założyć, że prawie każda osoba korzystała ze zwolnienia od pracy). Jednocześnie liczba osób korzystających ze świadczeń to prawie 10% osób pracujących.

Biorąc pod uwagę wielkość kwoty przewidzianej na niniejszą interwencję oraz ograniczenia budżetowe dostępnych środków **przyjęto, iż wielkość populacji kwalifikującej się do Programu to 5 294 osoby**, tj. (5% osób z 105 873 osób, czyli osób korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

Zatem niniejszy Program adresowany jest do:

- **mieszkańców województwa łódzkiego będących osobami pracującymi narażonymi na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych,**

lub do

- **mieszkańców województwa łódzkiego będących bezrobotnymi zarejestrowanymi, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.**

oraz spełniających jednocześnie nw. kryteria:

- ✓ **ze zdiagnozowaną chorobą w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz zaburzenia nastroju (F32 i F33)⁴⁰, a także zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F41, F43) potwierdzoną w dokumentacji medycznej⁴¹,**
- ✓ **której stan zdrowia umożliwia podjęcie świadczeń w trybie ambulatoryjnym,**
- ✓ **która wyraziła pisemną zgodę na udział w Programie.**

³⁹ patrz część: I.2.1 Dane dotyczące województwa łódzkiego;

⁴⁰ Dla rozpoznania ICD-10: F32 i F33 oraz F41 dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 5 lat;

⁴¹ Dla rozpoznania ICD-10: F43 - dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 3 lata;

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej

Program skierowany jest do pacjentów posiadających wskazania i których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Działania dotyczące rehabilitacji medycznej będą skierowane do pracowników najbardziej narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych oraz do osób bezrobotnych, które z powodu złego stanu zdrowia mają problem z podjęciem pracy (powyższe wynika z zapisów Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027”).

Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie (osoby spełniające łącznie następujące warunki):

- ✓ **mieszkaniec województwa łódzkiego,**
- ✓ **osoba pracująca⁴² albo osoba bezrobotna zarejestrowana,**
- ✓ **ze zdiagnozowaną chorobą w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz zaburzenia nastroju (F32 i F33)*, a także zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F41, F43) potwierdzoną w dokumentacji medycznej**,**
- ✓ **której stan zdrowia umożliwia podjęcie świadczeń w trybie ambulatoryjnym,**
- ✓ **która wyraziła pisemną zgodę na udział w Programie.**

* Dla rozpoznania ICD-10: F32 i F33 oraz F41 dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 5 lat;

** Dla rozpoznania ICD-10: F43 - dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 3 lata.

Powyższe zróżnicowanie dotyczące aktualności dokumentacji medycznej wynika z faktu, iż zaburzenia adaptacyjne są zazwyczaj krótkotrwałe i ustępują po usunięciu stresora lub dostosowaniu się do nowej sytuacji. Inne zaburzenia psychiczne, takie jak depresja czy zaburzenia lękowe, mogą być długotrwałe i mają charakter nawracający.

Pacjent zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji medycznej do podmiotu realizującego projekt (Beneficjenta) i przedstawienia jej na Poradzie psychiatrycznej - kwalifikacyjnej. Dokumentacja przedstawiana jest tylko do wglądu, stanowi ona własność pacjenta i nie jest przechowywana u Beneficjenta.

III.3 Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Ze wsparcia dostępnego w ramach projektu nie może korzystać osoba, która:

- ✓ nie jest mieszkańcem woj. łódzkiego i jednocześnie nie jest osobą pracującą,
- ✓ nie jest mieszkańcem woj. łódzkiego i nie jest osobą bezrobotną zarejestrowaną,
- ✓ nie posiada zdiagnozowanej choroby w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz zaburzenia nastroju (F32 i F33), a także zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F41, F43), potwierdzoną w dokumentacji medycznej,
- ✓ posiada stan zdrowia uniemożliwiający podjęcie świadczeń w trybie ambulatoryjnym.

⁴² W rozumieniu definicji osoby pracującej zawartej w „Wytocznych dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027” wydanych przez Ministra Funduszy i Polityki Regionalnej na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

III.4 Informowanie o programie polityki zdrowotnej

W Programie planuje się organizowanie działań informacyjno-promocyjnych przez:

- **Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego (UMWŁ)**

Na etapie prowadzonego naboru wniosków o dofinansowanie realizacji projektów, jak również na etapie realizacji projektów, co najmniej poprzez udostępnienie informacji o Programie i realizowanych projektach (m.in. na stronie internetowej <https://funduszeue.lodzkie.pl/>, <https://zdrowie.lodzkie.pl/>, konferencjach, spotkaniach lub wydarzeniach np. w ramach Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego, Światowego Dnia Walki z Depresją).

Działania będą spójne z polityką zdrowotną województwa łódzkiego w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – realizacją i promowaniem „Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Łódzkiego na lata 2024-2030” (dokument przyjęty Uchwałą nr 1065/24 z dnia 20 sierpnia 2024 r.)

- **Beneficjentów:**

Dobór środków przekazu będzie należał do Beneficjentów (realizatorów projektów) i wykorzystywał dostępne narzędzia, jak np. Internet, w tym najpopularniejsze media społecznościowe, prasa, radio i telewizja lokalna/regionalna.

Każdy z Beneficjentów Programu zobowiązany będzie utworzyć w ramach istniejącej / utworzonej strony realizatora zakładkę zawierającą informacje o realizacji projektu z odniesieniem do Programu uwzględniającą w szczególności informacje o realizacji Programu, jego celu, ramach czasowych, kryteriach i sposobie kwalifikacji, zasadach udzielania świadczeń. Jeżeli w projekcie określony został regulamin rekrutacji lub regulamin udziału w projekcie powinien on również zostać zamieszczony.

Konieczne jest, aby na poziomie projektu dostosować działania informacyjne do specyfiki populacji na danym obszarze, aby uzyskać jak największą zgłaszalność.

Przewiduje się, że Beneficjenci realizujący Program przekażą do podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) materiały informacyjne o projekcie w celu dotarcia do jak największej liczby osób zainteresowanych.

W szczególności działania powinny być kierowane do pracodawców.

Wszystkie działania o charakterze informacyjno-promocyjnym w realizowanych projektach będą finansowane w ramach kosztów pośrednich Beneficjentów realizujących Program.

III.5 Planowane interwencje (działania) oraz sposób udzielania świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych w ramach programu polityki zdrowotnej

III.5.1 Kwalifikacja formalna do programu polityki zdrowotnej

- I. Kandydaci na uczestników Programu mogą zgłaszać się bezpośrednio do podmiotów realizujących projekty (Beneficjentów).
- II. W podmiotach zostaną przeprowadzone czynności związane z kryteriami formalnymi rekrutacji, w świetle których udział w Programie może wziąć (osoby spełniające łącznie następujące warunki):
 - 1) mieszkaniec województwa łódzkiego,
 - 2) osoba pracująca albo osoba bezrobotna zarejestrowana,

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

- 3) ze zdiagnozowaną chorobą w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz zaburzenia nastroju (F32 i F33)*, a także zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F41, F43) potwierdzoną w dokumentacji medycznej**;
- 4) której stan zdrowia umożliwia podjęcie świadczeń w trybie ambulatoryjnym,
- 5) która wyraziła pisemną zgodę na udział w Programie.

* Dla rozpoznania ICD-10: F32 i F33 oraz F41 dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 5 lat;

** Dla rozpoznania ICD-10: F43 - dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 3 lata.

Czynności w poz. 1, 2, 5 i 6 są wykonywane przez personel administracyjny podmiotów realizujących projekt.

Przegląd dokumentacji medycznej pacjenta (o której mowa w pkt 3 i 4) dokonywany jest na Poradzie psychiatrycznej - kwalifikacyjnej oraz Poradzie psychologicznej - kwalifikacyjnej przez personel wskazany w części IV.2.1 Warunki dotyczące personelu⁴³.

III.5.2 Kwalifikacja medyczna do programu polityki zdrowotnej

Kwalifikacja pacjenta do Programu przeprowadzona zostanie przez personel spełniający wymogi określone w części IV.2.1 Warunki dotyczące personelu.

I krok

Porada psychiatryczna - kwalifikacyjna

personel

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub
- 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub
- 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.

przebieg

- **wywiad z uczestnikiem;**
- **analiza posiadanej i przedstawionej przez uczestnika dokumentacji medycznej**
 - dla rozpoznania ICD F32 i F33 oraz F41 dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 5 lat;
 - dla rozpoznania ICD F43 - dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 3 lata);
- **przeprowadzenie testów:**
 - Skala depresji Becka (BDI-II),
 - Skala Kontroli Emocji (CECS),
 - Ateńska Skala Bezsenności (AIS),

⁴³ Pacjent zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji medycznej do podmiotu realizującego projekt (Beneficjenta) i przedstawienia jej na Poradzie psychiatrycznej – kwalifikacyjnej oraz Poradzie psychologicznej - kwalifikacyjnej. **Dokumentacja przedstawiana jest tylko do wglądu, stanowi ona własność pacjenta i nie jest przechowywana u Beneficjenta.**

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

- Skala zaburzeń lękowych Becka (BAI),
- Skala depresji Hamiltona (HDRS / HAM-D),
- Skala lęku Hamiltona (HAM-A)
- Test GHQ-12.
- **przeprowadzenie ankiet** na temat stanu wiedzy o zaburzeniach i sposobach radzenia sobie z nimi;
- **potwierdzenie rozpoznania.**

wynik porady

W wyniku porady lekarz **wystawia zaświadczenie potwierdzające, iż po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną oraz przeprowadzeniu testów pacjent kwalifikuje się do udziału w Programie.**

W przypadku braku zakwalifikowania do udziału w Programie konieczne jest uzasadnienie decyzji lekarza.

Przypadki wymagające leczenia specjalistycznego np. objawy psychosomatyczne, pacjenci z dużym ryzykiem suicydalnym, w stanie somatycznym który uniemożliwia dalszy udział w Programie, muszą być wyłączone z Programu. Uczestnik powinien zostać pokierowany do odpowiedniej jednostki medycznej celem dalszego leczenia.

Porada powinna trwać ok. 60 min.

II krok

Porada psychologiczna - kwalifikacyjna

personel

- 1) psycholog, lub
- 2) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub
- 3) psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub
- 4) psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej.

przebieg

- **wywiad z uczestnikiem**, w tym rozmowa na temat aktywności zawodowej, motywacji do udziału w projekcie;
- **analiza posiadanej i przedstawionej przez uczestnika dokumentacji medycznej**
 - dla rozpoznania ICD F32 i F33 oraz F41 dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 5 lat;
 - dla rozpoznania ICD F43 - dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 3 lata);
- **przeprowadzenie przy pomocy wystandaryzowanych narzędzi:**
 - pogłębionej diagnostyki osobowości,
 - oceny procesów poznawczych,
 - oceny innych dyspozycji psychicznych,

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

- **sformułowanie indywidualnego planu terapeutycznego (IPT)**, który uwzględnia etapy lub działania, jakie należy wykonać w procesie terapii dla osiągnięcia stawianego celu z uwzględnieniem przedstawionych wniosków, wraz z harmonogramem konsultacji telefonicznych (dotyczy terapii DBT).
Na tym etapie personel określa ścieżkę dla danego uczestnika, tj.
 - w której z trzech terapii uczestnik weźmie udział (DBT, terapii indywidualnej lub grupowej), oraz
 - w którym z dwóch treningów uczestnik weźmie udział (redukcji stresu lub relaksacyjnym).
- **omówienie planowanych postępów w terapii.**

wynik porady

W wyniku porady osoba przeprowadzająca poradę **wystawia zaświadczenie potwierdzające, iż po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną oraz przeprowadzeniu porady pacjent kwalifikuje się do udziału w Programie.**

W przypadku braku zakwalifikowania do udziału w Programie konieczne jest uzasadnienie decyzji.

Porada powinna trwać ok. 60 min.

Porada psychologiczna będzie dostępna dla wszystkich zakwalifikowanych przez lekarza uczestników Programu.

W ramach Programu celowo uwzględniono dwuetapową kwalifikację, tj. poradę psychiatryczną i poradę psychologiczną z uwagi na fakt, iż:

- w I kroku: Porada psychiatryczna - kwalifikacyjna: lekarz psychiatra kwalifikuje pacjenta pod kątem zdrowia psychicznego (wyklucza ewentualne zaburzenia lub choroby psychiczne, które mogłyby stanowić przeszkodę do wzięcia udziału w Programie), natomiast
- w II kroku: Porada psychologiczna - kwalifikacyjna: psycholog kwalifikuje pacjenta 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, a jednocześnie gwarantujące zakwalifikowania do Programu uczestników, którzy będą wystarczająco zmotywowani do udziału w pełnej ścieżce terapii.

III.5.3 Terapie i treningi

III krok

W trakcie terapii w ramach kroku III personel prowadzi będzie edukację pacjentów, która ma na celu przekazywanie wiedzy na temat funkcjonowania człowieka w różnych okolicznościach życiowych i warunkach społecznych. W ramach edukacji personel będzie edukował w zakresie świadomości choroby, kontrolowania stresu, prowadzenia regularnego trybu życia oraz zapobiegania zachowaniom suicydalnym. Celem pożądaną edukacji będzie poprawa funkcjonowania między epizodami, radzenie sobie z występującymi objawami poprawa samopoczucia (dobrostanu) i jakości życia.

1. Trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT)

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

personel

- 1) psycholog, lub
- 2) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub
- 3) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub
- 4) terapeuta posiadającą ukończony kurs z DBT.

przebieg

DBT to metoda składająca się z czterech trybów:

- **terapii indywidualnej** (12 spotkań z uczestnikiem średnio 1 godz./1 raz w tygodniu),
- **wsparcia telefonicznego** (krótkie rozmowy telefoniczne lub wymiany wiadomości, gdy uczestnik potrzebuje pomocy by zastosować umiejętności lub poradzić sobie z kryzysem, ale też gdy chce pochwalić się sukcesem albo kiedy w relacji terapeutycznej stwierdzono problem); wsparcie będzie realizowane podczas przebiegu terapii, personel realizujący DBT przekaze uczestnikom informacje na temat nr telefonu pod który należy się kontaktować oraz jego dostępność.
- **spotkania konsultacyjne zespołu terapeutycznego** (koleżeńska superwizja, gdzie terapeuci dzielą się między sobą swoimi trudnościami związanymi z pracą. Superwizja będzie się odbywała średnio raz z miesiąca przez ok. 1,5 h)

oraz

- **grupowego treningu umiejętności** (grupa 8-12 osób) składającego się z czterech modułów, tj.
 - I moduł: UWAŻNOŚĆ
 - II moduł: SKUTECZNOŚĆ INTERPERSONALNA
 - III moduł: REGULACJA EMOCJI
 - IV moduł: PRZETRWANIE KRYZYSU / AKCEPTACJA RZECZYWISTOŚCI**trwającego 24 spotkania średnio 2 godziny 2 razy w tygodniu.**

Zatem całkowity wymiar godzinowy treningu DBT wynosi 60 godz. (12 godz. terapii indywidualnej i 48 godz. terapii grupowej)

organizacja treningu DBT

Łącznie 36 spotkań przez ok. 5 miesięcy.

III krok

2. Terapia indywidualna

personel

- 1) psycholog, lub
- 2) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub
- 3) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.

przebieg

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Podczas indywidualnych sesji terapeutycznych diagnozuje się przyczynę złego stanu psychicznego.

To punkt wyjścia do dalszej pracy nad przywróceniem równowagi życiowej i osiągnięciem satysfakcji na poziomie zawodowym lub prywatnym. Podczas sesji uczestnicy mają możliwość podwyższenia swojej samooceny.

Terapie indywidualne z psychologiem lub psychoterapeutą obejmują pomoc psychologiczną. Są też optymalnym rozwiązaniem dla uczestników, którzy nie dysponują czasem na bardziej absorbujące czasowo terapie grupowe.

organizacja spotkania

- 12 spotkań (prowadzone łącznie przez ok. 5 miesięcy)
- średnio 1 godz./ raz w tygodniu

III krok

3. Terapia grupowa

personel

- 1) psycholog, lub
- 2) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub
- 3) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub
- 4) osoba posiadająca zaświadczenie o ukończeniu 2-go roku szkolenia terapeutycznego.

przebieg

Grupa, która bierze udział w terapii, tworzy pewnego rodzaju społeczność, z jej strukturami i wewnętrznymi zależnościami. Dlatego terapia grupowa przynosi najlepsze efekty wśród osób, które borykają się z problemami natury społecznej. Z tego względu uczestnikami terapii grupowej są często osoby z zaburzeniami osobowości, które w trakcie leczenia zyskują możliwość do przepracowania swoich złych nawyków. Terapia grupowa polega na pracy terapeutów z kilkoma lub kilkunastoma osobami, które zmagają się z tym samym lub podobnym problemem. Tę formę psychoterapii praktykuje się przede wszystkim w leczeniu zaburzeń nerwicowych.

organizacja terapii

- spotkania (prowadzone łącznie przez ok. 5 miesięcy)
- średnio 2 godz. 2 x w tygodniu
- grupy 8-12 osób

IV krok

1. Trening redukcji stresu – grupowy

personel

- 1) psycholog, lub
- 2) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub
- 3) osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub
- 4) osoba posiadająca zaświadczenie o ukończeniu 2-go roku szkolenia terapeutycznego.

przebieg

Trening będzie dostępny dla uczestników Programu i wzięcie w nim udziału będzie zalecone przez osobę sporządzającą IPT.

Uczestnik, który wziął udział w treningu redukcji stresu nie może brać udziału w treningu relaksacyjnym.

Celem treningu jest zwiększenie kompetencji uczestników w zakresie umiejętności relaksacji psychofizycznej oraz aby każdy uczestnik nauczył się jak radzić sobie ze stresem, jak zmniejszać napięcie nerwowe, a także, aby umiał znaleźć w sobie równowagę emocjonalną.

Przykładowy zakres tematyczny to:

- ✓ wprowadzenie do uważności i odporności na stres
- ✓ konstruktywne radzenie sobie z problemami
- ✓ proces aktywnego skupiania uwagi
- ✓ aktywne doświadczanie rzeczywistości
- ✓ rozwijanie świadomości siebie
- ✓ doświadczanie poczucia własnej skuteczności, aktywnej postawy
- ✓ umiejętności obniżania objawów psychosomatycznych spowodowanych stresem
- ✓ trudne myśli, emocje i doświadczenie
- ✓ wzmacnianie siły koncentracji
- ✓ inteligencja emocjonalna

W ramach treningu możliwe jest zaproponowanie warsztatów manualnych (np. dotyczących: ceramiki, malowania, tworzenia biżuterii), gdyż taka forma wymaga pełnego skupienia na danej czynności, a oddanie się procesowi twórczemu sprawia, że uczestnicy przestaną myśleć o stresogennych czynnikach. Ta forma pozwala na oderwanie się od codziennych problemów i pełne zaangażowanie uczestnika w wykonywanie nowych czynności. Regularne uczestnictwo w warsztatach manualnych może przynieść długotrwale korzyści dla zdrowia psychicznego, w tym poprawy nastroju i zwiększenia odporności na stres.

organizacja treningu

- 8 spotkań grupowych dla uczestników
- średnio 1,5 godz. 1x w tygodniu
- grupy 10-15 osób

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Treningi mogą odbywać się równolegle do udziału w terapii w zależności od możliwości organizacyjnych i czasowych uczestnika, tj. w czasie uczestnictwa w terapii w ramach kroku III (tj. terapii DBT lub indywidualnej lub grupowej) lub po zakończeniu udziału w kroku III.

IV krok

2. Trening relaksacyjny – grupowy

personel

- 1) psycholog, lub
- 2) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub
- 3) osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub
- 4) osoba posiadająca zaświadczenie o ukończeniu 2-go roku szkolenia terapeutycznego.

przebieg

Trening będzie dostępny dla uczestników Programu i wzięcie w nim udziału będzie zalecone przez osobę sporządzającą IPT.

Uczestnik, który wziął udział w treningu relaksacyjnym nie może brać udziału w treningu redukcji stresu.

Jedne z najbardziej popularnych metod relaksacyjnych to:

- ✓ techniki oddechowe,
- ✓ PMR, czyli progresywna relaksacja mięśniowa,
- ✓ trening autogeny Shultza,
- ✓ medytacja i mindfulness.

Relaksacja to najlepszy sposób na przejęcie kontroli nad swoim ciałem. Umiejętność skutecznego relaksowania się pozwala nam lepiej panować nad emocjami, zarządzać swoją energią i obniżyć poziomy stresu.

W ramach treningu możliwe jest zaproponowanie warsztatów relaksacyjnych relaksacyjnych (np. warsztaty manualne, które umożliwiają odnalezienie wewnętrznej równowagi, zajęcia realizowane blisko natury, które pozwalają na moment wycieszenia).

organizacja treningu

- 8 spotkań grupowych dla uczestników
- średnio 1,5 godz. 1x w tygodniu
- grupy 10-15 osób

Treningi mogą odbywać się równolegle do udziału w terapii w zależności od możliwości organizacyjnych i czasowych uczestnika, tj. w czasie uczestnictwa w terapii w ramach kroku III (tj. terapii DBT lub indywidualnej lub grupowej) lub po zakończeniu udziału w kroku III.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

III.5.4 Wizyta końcowa

V krok

Wizyta końcowa po zakończonym udziale w kroku IV

Na koniec udziału uczestnika Programu w ścieżce przewiduje się **wizytę na której następuje porównanie wyników testów prowadzonych podczas Porady psychiatrycznej – kwalifikacyjnej.**

personel

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub
- 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub
- 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.

W sytuacji, **gdy uczestnicy brali udział w treningu redukcji stresu lub treningu relaksacyjnym muszą obowiązkowo wziąć udział w wizycie końcowej.**

przebieg

- **wywiad z uczestnikiem na zakończenie terapii;**
- **przeprowadzenie testów:**

- Skala depresji Becka (BDI-II),
- Skala Kontroli Emocji (CECS),
- Ateńska Skala Bezsensowności (AIS),
- Skala zaburzeń lękowych Becka (BAI),
- Skala depresji Hamiltona (HDRS / HAM-D),
- Skala lęku Hamiltona (HAM-A),
- Test GHQ-12.

oraz porównanie ich wyników z testami przeprowadzonymi na pierwszej wizycie;

- **przeprowadzenie ankiet na temat stanu wiedzy o zaburzeniach i sposobach radzenia sobie z nimi oraz porównanie ich wyników z testami przeprowadzonymi na pierwszej wizycie;**
- **wypełnienie dokumentacji na zakończenie udziału uczestnika w projekcie.**

W sytuacji gdy uczestnik Programu wymaga dalszej opieki lekarz pokieruje go do odpowiedniej jednostki medycznej celem dalszego leczenia.

Wizyta powinna trwać ok. 60 min.

III.6 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Wszystkie świadczenia w ramach Programu będą realizowane zgodnie z zapisami w punkcie *Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej.*

Beneficjent realizujący Program zobowiązuje się zapewnić, aby miejsce, gdzie będzie udzielał świadczenia spełniało wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Podczas wykonywania działań w ramach Programu Beneficjent będzie stawiał dobro uczestnika jako wartość najwyższą.

Beneficjent zobowiązany jest do zapewnienia przeprowadzenia interwencji przewidzianych w Programie przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prawidłowego ich wykonania.

Działania stosowane podczas Programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w Programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

III.7 Dowody skuteczności planowanych interwencji

III.7.1 Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 zakłada m.in. upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych oraz aktywizację zawodową i społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wytyczne NICE (2009, 2011, 2016) dotyczące opieki nad pacjentami z depresją, poza tradycyjnym leczeniem opartym na psychoterapii i farmakoterapii, sugerują uaktywnianie pacjentów poprzez różnego rodzaju działania 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 psychiatrycznej. 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 schizofrenia. Wykazano również ich pozytywny wpływ na pacjentów z zaburzeniami lękowymi oraz z depresją jednobiegunową. 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, obejmująca 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 terapeutyczne. W innej metaanalizie z kolei 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 wywiadzie.

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 pracy. 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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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 zakresie. 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 farmakologicznego. 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 dystraktorów.

III.7.2 Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

1) **Terapia dialektyczno-behawioralna** została stworzona w latach 90. przez Marshę Linehan, pierwotnie dla osób z osobowością borderline (BPD) i przewlekłymi tendencjami samobójczymi. Jej skuteczność udowodniono naukowo, co uczyniło DBT pierwszą działającą metodą w leczeniu BPD. W późniejszych badaniach wykazano, że jest ona skuteczna również w terapii innych zaburzeń osobowości, zaburzeń afektywnych, ADHD, nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeń odżywiania, zespołu stresu pourazowego i innych.

Trening umiejętności DBT dzieli się na 4 moduły:

I moduł: UWAŻNOŚĆ

Uważność to moduł-baza. Umiejętności z tej części treningu zajmują centralne miejsce w terapii dialektyczno-behawioralnej. Zalecane jest, aby moduł ten odbyć w pierwszej kolejności ze względu na to, iż stanowi podstawę i oparcie wszystkich kolejnych. Krótko mówiąc, elementy uważności oraz filozofia za nią stojąca są wykorzystywane w każdej umiejętności DBT.

“Uważność” to świadome i intencjonalne skupienie uwagi na chwili obecnej bez oceniania i bez przywiązywania się do niej. W terapii dialektyczno-behawioralnej ten szeroki i uniwersalny koncept został podzielony na konkretne umiejętności – każdą z nich można rozwijać za pomocą szeregu ćwiczeń zaproponowanych przez Marshę Linehan w materiałach dla osób biorących udział w treningu i omówionych przez trenerów grupy.

Dzięki nim Uczestnicy i Uczestniczki mają szansę zacząć zauważać i obserwować swoje emocje, co sprawi, że łatwiej będzie je regulować. Głównym celem uważności jest to abyśmy to my mieli/miały nasze myśli i emocje, a nie one nas. Innymi słowy, dzięki temu modułowi zwiększamy panowanie nad swoim umysłem poprzez rozwijanie umiejętności koncentracji i odrywania się od swoich myśli, wyobrażeń i doznań. Uważność pomaga również zmniejszyć reaktywność na zdarzenia psychiczne, co oznacza, iż łatwiej będzie nam kontrolować swoje impulsywne reakcje. W tym module uczymy się doświadczać rzeczywistości taką, jaka jest i wyjścia z trybu autopilota, aby być bardziej obecnym/obecną w swoim życiu.

II moduł: SKUTECZNOŚĆ INTERPERSONALNA

“Skuteczność interpersonalna” to moduł poświęcony relacjom i naszemu funkcjonowaniu w społeczeństwie. Stawiamy w nim czoła własnym przekonaniom (mitom) o tym, jacy/jakie powinniśmy/powinnyśmy być, a które utrudniają nam życie wśród ludzi.

Ta część treningu uczy asertywności, a więc proszenia, odmawiania, stawiania granic. Uczestnicy/uczestniczki uczą się tego jak dbać o aktualne relacje, budować nowe i kończyć destruktcyjne. W tym module poruszany jest także temat dotyczący szeroko rozumianej równowagi w relacjach.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

III moduł: REGULACJA EMOCJI

Moduł „Regulacja emocji” rozpoczyna się od dużej dawki psychoedukacji na temat emocji, ponieważ, aby regulować emocje musimy umieć je właściwie rozpoznać i rozumieć. Zastanawiamy się również nad mitami na temat emocji, które sprawiają, że ich regulowanie jest jeszcze trudniejsze. Dzięki umiejętnościom z tej części treningu Uczestnicy i Uczestniczki dowiedzą się jak w zdrowy sposób zapobiegać pojawieniu się niepożądanych emocji oraz zmieniać bolesne emocje, jeśli już się pojawiły. Celem tego modułu jest sprawienie, by emocje stały się naszymi sprzymierzeńcami, informującymi nas o ważnych rzeczach, a nie wrogami, którzy zatrują życie.

IV moduł: PRZETRWANIE KRYZYSU / AKCEPTACJA RZECZYWISTOŚCI

„Przetrwanie kryzysu / akceptacja rzeczywistości” to moduł, który uczy jak poradzić sobie w momentach kryzysu bez ich pogarszania. Jest to bardzo ważna część treningu zwłaszcza dla osób doświadczających silnej dysregulacji i angażujących się w zachowania autodestrukcyjne. W tym module Uczestnicy i Uczestniczki uczą się także jak rozwijać w sobie akceptującą postawę wobec nieuniknionych trudności, tak by nie zamieniać bólu, który jest nieodłączną częścią życia w cierpienie.

DBT różni się od standardowej terapii CBT silniejszą relacją pomiędzy pacjentem, a terapeutą. Nawet poza gabinetem osoba poddawana kuracji ma ścisły kontakt ze specjalistą, m.in. w postaci rozmów telefonicznych. Dzięki temu istnieje ograniczone ryzyko przerwania leczenia. Pacjent czuje się wówczas ważny i uzyskuje pomoc zawsze wtedy, kiedy znajduje się w większym kryzysie. Choć więc DBT bazuje na CBT i zawiera jej elementy, to różni się od niej w pewnym zakresie.

DBT jest praktyką evidence based practices (EBP) co oznacza że opiera się na dowodach z badań naukowych pozwala przełożyć je na najlepsze praktyki terapeutyczne mające na celu poprawę zdrowia.

2) W brytyjskich rekomendacjach Joint Commissioning Panel for Mental Health w zakresie rehabilitacji osób zaburzeniami psychicznymi zwrócono uwagę na konieczność wdrażania skoordynowanych działań z zakresu stacjonarnej opieki psychiatrycznej oraz działań w płaszczyźnie społecznej, przy udziale multidyscyplinarnego zespołu specjalistów posiadających fachową wiedzę w celu zaspokojenia złożonych i różnorodnych potrzeb terapeutycznych osób z zaburzeniami psychicznymi (JCPMF 2016).

3) W przeglądzie Cochrane’a dotyczącym nefarmakologicznych interwencji w zaburzeniach somatoformicznych i medycznie nieuzasadnionych objawach fizycznych u dorosłych, van Dessel i in. podsumowali, że jedynie terapia poznawczo-behawioralna została odpowiednio przebadana, aby móc wyciągnąć praktyczne wnioski; CBT redukowało somatyczne objawy z niewielkim efektem i istotnymi różnicami w efektach pomiędzy badaniami uwzględnionymi do analizy. Efekty CBT były trwałe w ciągu roku i dłużej (*van Dessel, den Boeft, van der Wouden, Kleinstäuber, Leone, Terluin, Numans, van der Horst, van Marwijk, 2014*).

4) Trening oparty na nurcie poznawczo-behawioralnym „poprzez skupienie się na budowaniu umiejętności społecznych może ułatwić powrót do pracy wtedy, gdy po zakończonym leczeniu farmakologicznym pacjentom brakuje pewności siebie, wiary we własne kompetencje oraz obawiają się negatywnej oceny ze strony współpracowników” (*Cybula-Fujiwara, Merecz-Kot, Walusiak-Skorupa, Marcinkiewicz, Wiszniewska, 2015*).

5) Interwencja psychologiczna oparta na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej posiada dowody skuteczności w pomocy osobom cierpiącym m.in. na zaburzenia lękowe (*Stonerock, Hoffman, Smith, Blumenthal, 2015*).

6) DBT jest praktyką evidence based (EBP), co oznacza, że opiera się na dowodach z badań naukowych i pozwala przełożyć je na najlepsze praktyki terapeutyczne mające na celu poprawę stanu zdrowia. The American Psychological Association’s Society of Clinical Psychology rozważa, by DBT było jedynym sposobem leczenia BPD, ponieważ ma poziom I (najwyższy) czyli mocne dowody skuteczności (APA Division 12, 2012). Według bazy danych Cochrane (uznawana za najbardziej

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

wiarygodny organ oceny badań) stwierdzono, że DBT jest pomocne dla osób z BPD. Efekty obejmowały zmniejszenie niewłaściwej złości, zmniejszenie samookaleczeń i poprawę ogólnego funkcjonowania. Zrealizowano zbyt mało badań, aby można było wyciągnąć wnioski dotyczące wartości wszystkich innych rodzajów interwencji psychoterapeutycznych (Stoffers, 2012). Raport SAMHSA: „DBT ma dużą bazę empiryczną w porównaniu z innymi metodami leczenia i jest uważana za jedną z najlepszych, jeśli nie najlepszą, metodą leczenia BPD” (SAMHSA, 2011). The Australian Psychological Society (2010), przegląd „Interwencji psychologicznych opartych na dowodach naukowych leczenia chorób psychicznych: przegląd literatury wykazuje DBT dla BPD jako spełniający najwyższej jakości dowody (poziom I) (*Skuteczność terapii dialektyczno-behawioralnej DBT*, Katarzyna Czarnecka, www.emocjepro.pl).

7) W wyniku meta-analizy Cuijpersa i wsp., której celem było zbadanie przydatności standaryzowanych interwencji psychologicznych w profilaktyce depresji stwierdzono, że w grupach objętych interwencjami częstość występowania nowych przypadków depresji zmalała o 22%. Autorzy zidentyfikowali 19 badań z randomizacją i grupą kontrolną, w których porównywano zapadalność na depresję w zależności od prowadzenia lub nie prowadzenia profilaktycznych interwencji psychologicznych. Nie zaobserwowano znamiennych różnic pod względem skuteczności pomiędzy interwencjami, choć zaznaczył się trend w kierunku przewagi psychoterapii interpersonalnej nad terapią behawioralną-poznawczą (*Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions*, Pim Cuijpers, Annemieke van Straten, Filip Smit, Cathrine Mihalopoulos, Aartjan Beekman, Ph.D, *American Journal of Psychiatry* Volume 165, Number 10, 2008).

8) Pomimo że DBT zostało pierwotnie opracowane na potrzeby terapii kobiet cierpiących z powodu BPD, badania wskazują, że DBT jest pomocnym leczeniem dla osób z innymi zaburzeniami, w tym z narcystycznym (Lynch i Cheavens, 2007) i antyspołecznym (McCann, Ivanoff, Schmidt i Beach, 2007). Ciekawe jest badanie, gdzie porównano skuteczność DBT z terapią prowadzoną przez ekspertów, ale niebehawioralnych (Linehan i in., 2006). W badaniu tym DBT okazała się skuteczniejsza, zmniejszyła: liczbę prób samobójczych o 50%, hospitalizacji psychiatrycznych o 73%. Naukowo stwierdzono, że użycie umiejętności DBT w pełni lub częściowo przynosi poprawę w następujących obszarach: redukcja objawów towarzyszące BPD tj. dysregulacja emocji, negatywny afekt, lęk, samouszkodzenia i zachowania samobójcze (Neacsiu i in., 2010; Neacsiu i in., 2014), poprawa w zakresie regulacji emocji (Axelrod i in., 2011).

9) Badania wykazały skuteczność 3-tygodniowego programu, zawierającego m.in. trening radzenia sobie ze stresem, relaksację, aktywność fizyczną w redukcji odczuwanego stresu i psychicznego wyczerpania (*Stier-Jarmer, Frisch, Oberhauser, Berberich, Schuh, 2016*).

10) W przypadku stwierdzenia zespołu stresu uogólnionego, zespołu lęku napadowego o nasileniu słabym do umiarkowanego, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych o nasileniu słabym do umiarkowanego, zespołu stresu pourazowego o nasileniu słabym do umiarkowanego, dysmorfobii zasadnych może być więcej indywidualnych form terapii niż tylko 4 konsultacje (*Rekomendacje dotyczące diagnostyki i postępowania w powszechnych zaburzeniach psychicznych*, National Institute for Health and Care – NICE 2011, zweryfikowane w 2018 r.; *Rekomendacje dotyczące postępowania w zespole lęku uogólnionego i zespole lęku napadowego*, National Institute for Health and Care –NICE 2011B, zweryfikowane w 2015 r.; *Rekomendacje dotyczące zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych oraz dysmorfobii*, National Institute for Health and Care – NICE 2005A, zweryfikowane w 2014 r.; *Rekomendacje dotyczące postępowania w zespole stresu pourazowego*, National Institute for Health and Care – NICE 2005B, zweryfikowane w 2015 r.).

11) 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, obejmująca 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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

terapeutyczne (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.).

12) Przegląd systematyczny Heffernan 2011 miał na celu zbadanie skuteczności stosowania modelu IPS (z ang. individual placement and support) w Wielkiej Brytanii. Istnieją dowody na to, że interwencje wysokiej zgodności z IPS (z ang. individual placement and support) zwiększają odsetek pacjentów uczestniczących w szkoleniach i ich zatrudnienie (obserwacja 6-18 miesięcy).

13) Praktyka oparta na dowodach naukowych Evidence Based Practice EBP.⁴⁴ Model Evidence Based Practice w praktyce psychologicznej został oficjalnie zarekomendowany w 2005 roku przez zespół ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA, 2006). Oparta na dowodach naukowych praktyka psychologiczna (EBPP), polega na integracji najlepszych dostępnych wyników badań naukowych z wiedzą kliniczną terapeuty w kontekście charakterystyki pacjenta i jego preferencji. Poprzez najlepsze dostępne dowody naukowe rozumie się wyniki badań naukowych dotyczące strategii interwencji terapeutycznych, a także podstawowych zagadnień dotyczących psychologii i dziedzin pokrewnych. Duża liczba spójnych dowodów naukowych, które pochodzą z różnych, niezależnych projektów badawczych świadczy najczęściej o skuteczności danych praktyk psychologicznych (Cook, S. C., Schwartz, A. C., Kaslow, N. J. (2017). *Evidence-based psychotherapy: advantages and challenges*. *Neurotherapeutics*, 14(3), 537-545., Chorpita, B. F., Becker, K. D., Daleiden, E. L., Hamilton, J. D. (2007). *Understanding the common elements of evidence-based practice: Misconceptions and clinical examples*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(5), 647-652.; Lilienfeld, S. O. (2007). *Psychological Treatments That Cause Harm. Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53–70.)

14) W rekomendacjach NICE wskazuje się, że w przypadku osób z depresją, które uważa się za istotnie zagrożone nawrotem choroby (w tym osoby z nawrotem pomimo leczenia przeciwdepresyjnego lub niezdolne do następujących interwencji psychologicznych):

- indywidualna terapia poznawczo-behawioralna (CBT) w przypadku osób, u których wystąpił nawrót choroby mimo przyjmowania leków oraz osób ze znaczącą depresją lub objawami rezydualnymi pomimo leczenia (zalecany czas trwania leczenia: 16 do 20 sesji terapeutycznych przez okres 3 do 4 miesięcy),
- terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) w przypadku osób, u których obecnie nie stwierdza się objawów depresji, ale w przeszłości doświadczyły trzech lub więcej epizodów depresyjnych (czas trwania leczenia: 2-godzinne spotkania raz w tygodniu przez 8 tygodni oraz 4 sesje kontrolne w okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia, 8-15 osobowe grupy) (NICE 200937, ostatnia aktualizacja w 2018 r.).
- w odniesieniu do osób z PTSD, u których objawy były obecne przez ponad 3 miesiące od urazu, zaleca się przeprowadzanie interwencji psychologicznych, w tym kursów leczenia psychologicznego zorientowanego na traumę (czas trwania: 8-12 sesji, raz w tygodniu) (NICE 200538, ostatnia aktualizacja w 2015 r.).

15) National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2011 (Wielka Brytania) w rekomendacjach dotyczących diagnostyki i postępowania w powszechnych zaburzeniach psychicznych, zweryfikowane przez NICE w sierpniu 2018 r., zaleca następujący stopniowy model opieki w powszechnych zaburzeniach psychicznych:

⁴⁴ <https://www.emocjepro.pl/praktyka-oparta-na-dowodach-naukowych-evidence-based-practice-ebp/>

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Rodzaj schorzenia	Charakter interwencji
KROK 1: Wszystkie powszechne zaburzenia psychiczne – stwierdzone lub podejrzenie ich występowania	Wszystkie zaburzenia: Identyfikacja, ocena, psychoedukacja, aktywna obserwacja; Skierowanie na kolejną ocenę i interwencje w przyszłości.
KROK 2: Uporczywe objawy depresji podprogowej, lub depresja łagodna do umiarkowanej; GAD; zespół lęku napadowego o nasileniu słabym do umiarkowanego; OCD o nasileniu słabym do umiarkowanego; PTSD (w tym osoby ze słabym PTSD do umiarkowanego)	Depresja: Indywidualna samopomoc w placówkach, skomputeryzowana CBT, aktywność fizyczna, terapia grupowa, niedyrektywne poradnictwo udzielane w warunkach domowych (dla kobiet w ciąży lub w czasie połogu), STPP, antydepresanty, interwencje łączone, koordynowana opieka, grupy samopomocy; GAD i Zespół lęku napadowego: indywidualna samopomoc w placówkach i poza nimi, grupy psychoedukacyjne, grupy samopomocy; OCD: indywidualna lub grupowa CBT (w tym ERP), grupy samopomocy; Wszystkie schorzenia: grupy wsparcia, edukacja i działania wspierające pracę zawodową, skierowanie na dalszą ocenę i interwencje.
KROK 3: Uporczywe objawy depresji podprogowej lub depresja o słabym nasileniu do umiarkowanego, niereagująca na interwencje o małej intensywności; depresja o nasileniu umiarkowanym do silnego; GAD z wyraźnym upośledzeniem czynnościowym lub nieodpowiadające na interwencję o niskiej intensywności; zespół lęku napadowego z upośledzeniem czynnościowym o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego; PTSD	Depresja: CBT, terapia interpersonalna, aktywacja behawioralna, terapia behawioralna dla par, poradnictwo, STPP, antydepresanty, interwencje łączone, opieka koordynowana, grupy samopomocy; GAD: CBT, relaksacja, leczenie farmakologiczne, interwencje łączone, grupy samopomocy; Zespół lęku napadowego: CBT, antydepresanty, grupy samopomocy; OCD: CBT (w tym ERP), antydepresanty, interwencje łączone, grupy samopomocy Wszystkie schorzenia: Grupy wsparcia, zaprzyjaźnianie (befriending), programy rehabilitacji, edukacja i działania wspierające pracę zawodową, skierowanie na dalszą ocenę i interwencje.

W odniesieniu do ścieżek postępowania w najczęstszych zaburzeniach psychicznych (depresja, uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół lęku napadowego, PTSD oraz fobie społeczne) na poziomie lokalnym, wskazuje się, że powinny one:

- podlegać negocjacjom, być wykonalne i zrozumiałe dla pacjentów, ich rodzin, opiekunów i lekarzy,
- być dostępne i akceptowalne dla wszystkich osób wymagających świadczeń w ich ramach,
- być dostosowane do potrzeb pacjentów, ich rodzin i opiekunów,
- być zintegrowane, tak aby nie istniały ograniczenia w przechodzeniu między poziomami danej ścieżki postępowania,
- być skoncentrowane na wynikach (w tym w odniesieniu do jakości).

16) Ze względu na charakter choroby, powinno się dołożyć wszelkich starań, aby informacje m.in. o kwalifikacji oraz udziale w konsultacjach specjalistycznych były traktowane z należytą ostrożnością i poufnością. Powyższe ma na celu zmniejszenie ryzyka oraz uniknięcie spotkania się ze stygmatyzowaniem czy odrzuceniem przez społeczeństwo. Uczestnicy programu powinni czuć się swobodnie i bezpiecznie, aby móc w pełni zaangażować się w terapię i odnieść płynące z niej korzyści (AOTMiT).

17) W zakresie przeciwdziałania stygmatyzacji oraz promowania wsparcia społecznego należy mieć na uwadze, że osoby korzystające z pomocy psychologicznej/psychiatrycznej są narażone na stygmatyzację. Należy z ostrożnością uwzględnić płeć, orientację seksualną, wiek, pochodzenie (kulturowe, etniczne, religijne) oraz występowanie inwalidztwa. Należy uwzględniać zróżnicowanie objawów zaburzeń psychicznych w zależności od płci, wieku, pochodzenia etnicznego, kulturowego. Wszystkie wymienione aspekty w udzielaniu pomocy (NHS/NICE (2011)).

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

III.7.3 Informacje na temat podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w instytucji zgłaszającej program lub innych JST (jeśli są dostępne).

Informacje zawarto w punkcie *1.3 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, a szczególnie w części: *1.3.3 Rehabilitacja finansowana ze środków w dyspozycji Samorządu Województwa Łódzkiego*.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

IV.1.1 Procedura konkursowa i wybór beneficjentów Programu

Program będzie realizowany za pośrednictwem projektów wybranych do dofinansowania w drodze konkursu (lub kilku konkursów) ogłoszonych przez Instytucję Zarządzającą Programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, którą stanowi Zarząd Województwa Łódzkiego, obsługiwany przez właściwy Departament Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego.

Ogłoszony konkurs zostanie przeprowadzony zgodnie z wymogami:

- ✓ Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (zwanej ustawą wdrożeniową);
- ✓ Programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 przyjętego decyzją Komisji Europejskiej z dnia 5 grudnia 2022 r.;
- ✓ „Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027”, wydanych na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 5 ww. Ustawy.

W przypadku programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków EFS+, wybór realizatora programu polityki zdrowotnej następuje z zastosowaniem przepisów rozdziału 14 ww. ustawy wdrożeniowej.

W konkursie składane będą wnioski o dofinansowanie realizacji projektów, które po zakończonym naborze będą podlegały ocenie.

Do konkursu mogą przystąpić **wszystkie podmioty**, z wyłączeniem osób fizycznych (nie dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą lub oświatową na podstawie przepisów odrębnych), **w szczególności podmioty wykonujące działalność leczniczą, wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.**

Wnioskodawca musi spełnić określone warunki m.in.:

- mieć uprawnienia do realizacji działań określonych w Programie;
- mieć wiedzę i doświadczenie w tym zakresie;
- dysponować odpowiednim potencjałem technicznym oraz zasobami.

IV.1.2 Organizacja Programu

W ramach projektów Beneficjenci zobowiązani zostaną (umową o dofinansowanie podpisaną z Województwem Łódzkim) do realizacji projektów zgodnie z niniejszym Programem.

W ramach projektów Beneficjent zostanie zobowiązany do:

- a) przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej na temat projektu,
- b) rekrutacji uczestników projektów (zgodnie z kryteriami określonymi niniejszym Programem),
- c) realizacji interwencji opisanej w punkcie *III.5 Planowane interwencje (działania) oraz sposób udzielania świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych w ramach programu polityki zdrowotnej* oraz w zgodzie z warunkami i kwalifikacjami opisanymi w punkcie *III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej*.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Realizacja interwencji będzie polegała na realizacji przez Beneficjenta następujących działań (kroków wdrażania Programu):

I krok	Porada psychiatryczna – kwalifikacyjna
II krok	Porada psychologiczna – kwalifikacyjna
III krok	1. Trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT)
	2. Terapia indywidualna
	3. Terapia grupowa
IV krok	1. Trening redukcji stresu - grupowy
	2. Trening relaksacyjny - grupowy
V krok	Wizyta końcowa

Procedury medyczne zaplanowane w projekcie zostaną przeprowadzone z zachowaniem wszelkich określonych dla nich wymogów fachowych i sanitarnych, wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa.

Dokumentacja powstająca w związku z realizacją Programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Beneficjenta, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

IV.2 Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach niniejszego Programu będą realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 oraz art. 5 *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej*), posiadające w swojej strukturze komórki organizacyjne, w których mogą być udzielane świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W przypadku realizacji projektu w partnerstwie podmioty będące partnerami muszą spełniać wymogi do realizacji świadczeń, które przewidziano dla nich we wniosku o dofinansowanie.

W przypadku zlecenia w projekcie części świadczeń podmiotowi zewnętrznemu musi on spełniać wymogi do realizacji świadczeń, które przewidziano dla nich we wniosku o dofinansowanie.

IV.2.1 Warunki dotyczące personelu

Podmiot realizujący projekt zobowiązany jest do zapewnienia personelu do realizacji świadczeń zgodnie z aktualnymi wymaganiami określonymi w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*.

Poniżej określono planowane wymagania odnośnie personelu, jednakże przepisy prawa krajowego mają pierwszeństwo w tym zakresie.

I. Porada psychiatryczna – kwalifikacyjna

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub
- 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub
- 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii

II. Porada psychologiczna – kwalifikacyjna

- 1) psycholog, lub
- 2) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub
- 3) psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub
- 4) psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

III. Trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT)

- 1) psycholog, lub
- 2) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub
- 3) osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub
- 4) terapeuta posiadającą ukończony kurs z DBT

IV. Terapia indywidualna

- 1) psycholog, lub
- 2) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub
- 3) osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty

V. Terapia grupowa

- 1) psycholog, lub
- 2) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub
- 3) osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub
- 4) osoba posiadająca zaświadczenie o ukończeniu 2-go roku szkolenia terapeutycznego

VI. Trening redukcji stresu – grupowy

- 1) psycholog, lub
- 2) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub
- 3) osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub
- 4) osoba posiadająca zaświadczenie o ukończeniu 2-go roku szkolenia terapeutycznego

VII. Trening relaksacyjny – grupowy

- 1) psycholog, lub
- 2) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub
- 3) osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub
- 4) osoba posiadająca zaświadczenie o ukończeniu 2-go roku szkolenia terapeutycznego

VIII. Wizyta końcowa

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub
- 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub
- 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.

Personel mający dostęp do testów psychologicznych podczas kwalifikacji medycznej do programu polityki zdrowotnej i wizyty końcowej powinien spełniać obowiązujące wymogi dotyczące kwalifikacji. Należy także respektować wymogi związane z ochroną praw autorskich i etycznymi aspektami stosowania testów.

IV.2.2. Warunki lokalowe oraz wyposażenie komórek organizacyjnych, w których będzie realizowany Program

Warunki lokalowe oraz wyposażenie w komórkach organizacyjnych, w których realizowany będzie Program powinny być zgodne z warunkami określonymi w **Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą**⁴⁵.

Jednocześnie należy spełniać nw. warunki:

- Beneficjent realizujący Program będzie wykonywał działania w ramach Programu stawiając dobro uczestnika jako wartość najwyższą.
- Zapewni uczestnikowi najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie Programu.
- Działania Programu będą przeprowadzone, w taki sposób, aby jak najefektywniej wykorzystać czas przebywania uczestnika w placówce realizującej Program.

⁴⁵ Odpowiadającym świadczeniom, których wykonywanie zostanie zadeklarowane we wniosku o dofinansowanie;

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

- Świadczenia w ramach Programu są udzielane uczestnikom Programu bezpłatnie.
- Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w niniejszym Programie nie wymaga skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- Udział w Programie jest dobrowolny.
- Do Programu będą włączone tylko osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia.
- Udzielanie świadczeń przez Beneficjenta w ramach Programu nie będzie wpływało negatywnie na inne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych udzielane przez tego realizatora.
- Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją Programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie Beneficjenta.
- Wiedza przekazywana uczestnikom Programu, musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych

Wykonawca odpowiada za utrzymanie w miejscu udzielania świadczeń odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych. W okresie wystąpienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego (zgodnie z regulacjami *Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Założenia systemu monitorowania i ewaluacji uwzględniają wymogi wynikające z przepisów prawa dotyczących:

- realizacji programów polityki zdrowotnej:
 - *Rozporządzenia 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*, jak również wymogi wydanego na podstawie przepisów art. 48a ww. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- realizacji regionalnych programów i projektów współfinansowanych ze środków EFS+
 - *Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027* i wytycznych wydanych przez ministra do spraw rozwoju na podstawie art. 5 ww. ustawy.

System monitorowania i ewaluacji Programu **uwzględnia podmioty**:

- Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego – podmiot odpowiedzialny za wdrożenie Programu,
- Realizatorów – podmioty będące po podpisaniu umów o dofinansowanie realizacji projektu beneficjentami realizującymi poszczególne projekty (a więc działania Programu);

Obejmuje:

- Ocenę zgłaszalności;
- Ocenę jakości świadczeń w programie oraz ocenę jego efektywności;
- Ocenę trwałości efektów programu – opcjonalnie.

Odnosnie **dokumentacji** obejmuje ona składanie, weryfikację i akceptowanie okresowo składanych wniosków o płatność, a także sprawozdań merytorycznych z realizacji Programu. W razie wątpliwości lub problemów możliwe jest też uzyskiwanie wyjaśnień do tych dokumentów.

Po zakończeniu realizacji Programu zostanie natomiast opracowany raport końcowy z jego realizacji zgodnie z art. 48a ust. 13, zgodnie z wzorem określonym w ww. rozporządzeniu. Punktem odniesienia obok założeń Programu, będą założenia zawarte we wnioskach o dofinansowanie (dotyczące liczb uczestników, wskaźników, finansowe).

Prowadzony będzie zarówno **monitoring rzeczowy** (skupiony na postępach realizacji w czasie działań projektów, a także osiągniętych efektach w odniesieniu do założeń), jak też **monitoring finansowy** (skupiony na postępie finansowym w odniesieniu do założeń).

V.1 Monitorowanie programu polityki zdrowotnej

System monitorowania oparty będzie na:

- **Sprawozdawczości stosowanej standardowo w ramach Programu Regionalnego FEŁ 2027**
Na podstawie postanowień umowy o dofinansowanie każdy beneficjent zostanie zobowiązany do okresowego (zgodnie z harmonogramem płatności, nie rzadziej niż kwartał) przesyłania przez system informatyczny wniosków o płatność oraz końcowego wniosku o płatność (w terminie do 30 dni kalendarzowych od dnia zakończenia okresu realizacji projektu). Wniosek o płatność zawiera część finansową dotyczącą wydatków poniesionych w danym okresie (niezbędne do prowadzenia monitoringu finansowego), informacje o działaniach, zrealizowanych oraz dotyczące zakładanych i osiągniętych w danym okresie wartości wskaźników produktu i rezultatu wymaganych w projektach współfinansowanych ze środków EFS+, a także opis ewentualnych

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

problemów związanych z realizacją. Wnioski o płatność będą weryfikowane i akceptowane w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego.

- **Danych raportowanych przez beneficjentów (realizatorów projektów) w sprawozdaniach merytorycznych.**

Na podstawie specyficznych postanowień umowy o dofinansowanie każdy beneficjent zostanie zobowiązany do okresowego opracowania i przesyłania (raz w roku do oraz z końcowym wnioskiem o płatność) do Urzędu Marszałkowskiego sprawozdania merytorycznego. Zakres informacji będzie obejmować wartości mierników efektywności, dane dotyczące zgłaszalności, dane z ankiet satysfakcji, opis problemów dotyczących kwestii medycznych. W Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego dane z otrzymywanych sprawozdań merytorycznych będą analizowane i agregowane w całość.

V.1.1 Ocena zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej

Ocena zgłaszalności do Programu obejmie liczbę uczestników poszczególnych jego etapów.

Monitorowana będzie:

- Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w Programie.
- Liczba osób zakwalifikowanych do Programu.
- Liczba osób uczestniczących w poszczególnych formach wsparcia, tj.:
 - Liczba osób uczestniczących w poradzie psychiatrycznej – kwalifikacyjnej,
 - Liczba osób uczestniczących w poradzie psychologicznej – kwalifikacyjnej,
 - Liczba osób uczestniczących w treningu umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT),
 - Liczba osób uczestniczących w terapii indywidualnej,
 - Liczba osób uczestniczących w terapii grupowej,
 - Liczba osób uczestniczących w treningu redukcji stresu – grupowym,
 - Liczba osób uczestniczących w treningu relaksacyjnym – grupowym,
 - Liczba osób uczestniczących w wizycie końcowej
- Liczba osób, które zrealizowały pełną ścieżkę Programu.

Ponadto analizie poddane zostaną przyczyny braku uczestnictwa lub rezygnacji pacjentów z poszczególnych etapów lub części Programu, w celu ich identyfikacji oraz wypracowania skutecznych sposobów zapobiegania im w późniejszym czasie.

Każdy Beneficjent będzie zobowiązany do kontaktu z osobą, która omija poszczególne części Programu w celu ustalenia przyczyny i przywrócenia (w miarę możliwości) zaangażowania pacjenta.

Powyższe mierniki będą sprawozdawane w tzw. **sprawozdaniach merytorycznych**, poza wnioskami o płatność.

V.1.2 Ocena jakości świadczeń w programie polityki zdrowotnej

Ocena jakości świadczeń będzie oparta m.in. na **ankietach satysfakcji uczestników z udzielonych w ramach Programu świadczeń**.

Wzór minimalnego zakresu ankiety dla pacjenta – do ewentualnego rozbudowania przez Beneficjenta realizującego Program stanowi Załącznik B do Programu.

V.1.3 Ocena efektywności programu polityki zdrowotnej

Uwzględnione zostaną mierniki efektywności określone w części II.3:

- ✓ Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia psychicznego (w związku z udziałem w Programie),

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

- ✓ Liczba osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia (w związku z udziałem w Programie) podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie,
- ✓ Liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) stwierdzono poprawę jakości życia w obszarze psychologicznym,
- ✓ Liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) stwierdzono zmniejszenie negatywnych emocji i lęku w obszarze psychologicznym,
- ✓ Liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) stwierdzono o co najmniej 30% wzrost wiedzy na temat zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną,
- ✓ Liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) stwierdzono o co najmniej 30% wzrost wiedzy w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami.

Na podstawie założeń FEŁ2027 oraz wytycznych wydanych przez Ministra do spraw rozwoju na podstawie art. 5 *Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027* monitorowane będą również wskaźniki produktu i rezultatu bezpośredniego wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów (w podziale na płeć):

- Wskaźnik produktu – Liczba osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia (osoby).
- Wskaźnik rezultatu bezpośredniego – Liczba osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (osoby).

Należy zaznaczyć, że wskaźnik rezultatu jest odzwierciedleniem wymaganego ukierunkowania interwencji programów rehabilitacji współfinansowanych ze środków EFS plus z wpływem na aktywność zawodową uczestników.

Powyższe wskaźniki będą sprawozdawane we wnioskach o płatność, składanych za pośrednictwem centralnego systemu teleinformatycznego, obejmujące wartości zadeklarowane do realizacji przez beneficjentów w umowach o dofinansowanie projektów oraz wartości osiągnięte sprawozdawane w kolejnych wnioskach o płatność.

V.1.4 Ocena trwałości efektów programu polityki zdrowotnej

Udział pacjenta działaniach edukacyjnych i terapii odegra znaczącą rolę w zwiększeniu poziomu jego wiedzy, świadomości zdrowotnej oraz motywacji do utrzymania i podejmowania zachowań prozdrowotnych. Takie efekty będą utrzymywać się również po zakończeniu udziału w Programie. Aspekt trwałości może zostać uwzględniony w ramach badania ewaluacyjnego.

Udział w Programie zostanie zakończony oceną stanu zdrowia wraz z zaleceniami. Uczestnicy „wychodzący” z projektów, u których istnieje potrzeba konsultacji ze specjalistą będą kierowani do realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach NFZ.

V.2 Ewaluacja programu polityki zdrowotnej

Ewaluacja niniejszego Programu będzie odbywać się z uwzględnieniem wymogów: *Rozporządzenia 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* oraz zaleceń AOTMiT.

Celem ewaluacji będzie ocena interwencji Programu pod kątem skuteczności oraz efektywności świadczonych usług zdrowotnych. Ewaluacja będzie uwzględniać porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej oraz stanu po jego zakończeniu.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Ewaluacja może odnosić się do zachowania sprawności pacjentów w kontekście ich aktywności zawodowej, elementów trwałości. Może dostarczać informacji na temat wpływu programu na stan zdrowia osób objętych wsparciem i zmiany ich zachowań oraz świadomości zdrowotnej.

Mając na względzie, że niniejszy Program jest wdrażany w ramach Programu regionalnego „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027” możliwe jest zlecenie kompleksowego badania ewaluacyjnego zgodnie z *„Wytycznymi dotyczącymi ewaluacji polityki spójności na lata 2021-2027”* z zastosowaniem różnych ilościowych i jakościowych metod badań społecznych.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Tabela 11. Wykaz świadczeń oferowanych w ramach Programu ze wskazaniem ceny jednostkowej i wartości na 1 pacjenta.

	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA JEDNOSTKOWA ZA 1 GODZINĘ ŚWIADCZENIA	LICZBA GODZIN TRWANIA ŚWIADCZENIA NA 1 UCZESTNIKA	WARTOŚĆ ŚWIADCZENIA NA 1 UCZESTNIKA
I.	Porada psychiatryczna - kwalifikacyjna	290,00 zł	1	290,00 zł
II.	Porada psychologiczna - kwalifikacyjna	203,00 zł	1	203,00 zł
III.	Trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT)	182,00 zł	60	10 920,00 zł
	Terapia indywidualna	195,00 zł	12	2 340,00 zł
	Terapia grupowa	104,00 zł	48	4 992,00 zł
IV.	Trening redukcji stresu – grupowy	124,00 zł	12	1 488,00 zł
	Trening relaksacyjny – grupowy	125,00 zł	12	1 500,00 zł
V.	Wizyta końcowa	290,00 zł	1	290,00 zł

Średni koszt udziału 1 osoby w kompleksowej terapii dostępnej w ramach Programu, przy założeniu, że:

- w poradzie psychiatrycznej - kwalifikacyjnej weźmie udział 3% więcej pacjentów niż zakłada liczebność populacji docelowej Programu
- w poradzie psychologicznej - kwalifikacyjnej weźmie udział 100% pacjentów
- w kroku III:
 - 50% uczestników będzie korzystało ze ścieżki zakładającej **udział w treningu umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT),**
 - 25% w terapiach indywidualnych,
 - 25% w terapii grupowej
- w kroku IV:
 - 50% uczestników będzie korzystało z treningu redukcji stresu
 - 50% uczestników będzie korzystało z treningu relaksacyjnego

wynosi 10 614,00 zł.

Powyższy koszt na 1 uczestnika jest wartością uśrednioną, zakładającą, że:

- uczestnik weźmie udział w wybranej dostępnej w Programie ścieżce oraz
- wykorzysta maksymalną liczbę godzin dostępną na osobę (maksymalnie 75 godzin).
- rozłożoną na ok. 8 m-cy udziału jednej osoby w Programie.

Tabela 12. Wykaz świadczeń oferowanych w ramach Programu ze wskazaniem wartości wsparcia w ramach poszczególnych kroków.

KROK	NAZWA ŚWIADCZENIA	LICZBA OSÓB	KOSZT NA 1 OSOBĘ	WARTOŚĆ WSPARCIA	ZAŁOŻENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE
KROK I	Porada psychiatryczna - kwalifikacyjna	5 453	290,00 zł	1 581 370,00 zł	zakłada się, że w poradzie psychiatrycznej –kwalifikacyjnej weźmie udział 103% pacjentów
KROK II	Porada psychologiczna - kwalifikacyjna	5 294	203,00 zł	1 074 682,00 zł	w poradzie psychologicznej – kwalifikacyjnej weźmie udział 100% pacjentów
zakłada się, że po poradzie psychologicznej - kwalifikacyjnej ok. 1 % pacjentów nie zostanie zakwalifikowanych do dalszego udziału w projekcie. Stąd w kroku III weźmie udział ok. 5 240 osób.					
KROK III	Trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT)	2 620	10 920,00 zł	28 610 400,00 zł	planuje się że w treningu DPT weźmie udział 50% uczestników kroku III.
	Terapia indywidualna	1 310	2 340,00 zł	3 065 400,00 zł	planuje się że w Indywidualnych terapiach weźmie udział 25% uczestników kroku III.
	Terapia grupowa	1 310	4 992,00 zł	6 539 520,00 zł	planuje się, że w terapii grupowej weźmie udział 25% uczestników kroku III.
KROK IV	Trening redukcji stresu – grupowy	2 620	1 488,00 zł	3 898 560,00 zł	zakłada się, że 50% uczestników weźmie udział w treningu redukcji stresu
	Trening relaksacyjny – grupowy	2 620	1 500,00 zł	3 930 000,00 zł	zakłada się że 50% uczestników weźmie udział w treningu relaksacyjnym
KROK V	Wizyta końcowa	5 240	290,00 zł	1 519 600,00 zł	

* wartości świadczeń obejmują koszt całkowity za wykonane świadczenie (a zatem np. wynagrodzenie osoby wykonującej świadczenie, koszt sali w której jest realizowane, koszty amortyzacji sprzętu).

W ramach Programu mogą wystąpić dodatkowe koszty związane ze zwrotem kosztów dojazdu na i ze świadczenia. Przewiduje się, że z kosztów tych będzie korzystała niewielka część pacjentów (ok. 1 % uczestników, czyli 53 osoby). Przewiduje się, że w ramach Programu wystąpi maksymalna liczba spotkań, tj. 47 na 1 uczestnika korzystającego ze ścieżki zakładającej udział w terapii DBT. Zatem planując dojazd z i na spotkanie łącznie zaplanowano 94 dojazdy.

LICZBA DOJAZDÓW W PROGRAMIE	CENA JEDNOSTKOWA ZA 1 DOJAZD NA 1 PACJENTA	LICZBA PACJENTÓW	WARTOŚĆ (LICZBA DOJAZDÓW *CENA *LICZBA PACJENTÓW)
94 dojazdów na i ze świadczenia (47 spotkań)	15,00 zł	53	74 730,00 zł

Ponadto w Programie mogą wystąpić koszty związane z opieką nad osobami zależnymi. Przewiduje się, na podstawie wcześniej realizowanych programów, że z kosztów tych będzie korzystała niewielka część pacjentów (ok. 1 % uczestników, czyli 53 osoby).

ŁĄCZNA LICZBA GODZIN TRWANIA ŚWIADCZEŃ	CENA JEDNOSTKOWA ZA 1 GODZINĘ NA 1 PACJENTA	LICZBA PACJENTÓW	WARTOŚĆ (LICZBA GODZIN*CENA *LICZBA PACJENTÓW)
147	50,00 zł	53	389 550,00 zł

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Ponadto zgodnie z „Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027”, Podrozdział 3.12, w projektach obligatoryjnie będą uwzględniane **koszty pośrednie**, tj. koszty administracyjne związane z techniczną obsługą realizacji projektu. Koszty pośrednie projektu EFS+ są rozliczane wyłącznie z wykorzystaniem stawek ryczałtowych. Dla potrzeb szacowania budżetu niniejszego Programu przyjęto stawkę na poziomie **10% wartości kosztów bezpośrednich**.

VI.2 Całkowite koszty programu polityki zdrowotnej

NAZWA ŚWIADCZENIA		WARTOŚĆ
Krok I	Porada psychiatryczna - kwalifikacyjna	1 581 370,00 zł
Krok II	Porada psychologiczna - kwalifikacyjna	1 074 682,00 zł
Krok III	Trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT)	28 610 400,00 zł
	Terapia indywidualna	3 065 400,00 zł
	Terapia grupowa	6 539 520,00 zł
Krok IV	Trening redukcji stresu – grupowy	3 898 560,00 zł
	Trening relaksacyjny – grupowy	3 930 000,00 zł
Krok V	Wizyta końcowa	1 519 600,00 zł
Razem koszty świadczeń		50 219 532,00 zł
Dodatkowe koszty (dojazd i opieka nad osobami zależnymi)		464 280,00 zł
Razem koszty bezpośrednie		50 683 812,00 zł
Koszty pośrednie		5 068 381,20 zł
CAŁKOWITA WARTOŚĆ PROGRAMU		55 752 193,20 zł

VI.3 Źródła finansowania programu polityki zdrowotnej

Program finansowany będzie w 85% ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Pozostałe środki będą dofinansowane z budżetu państwa - 5% oraz z wkładu własnego Beneficjenta - 10%.

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIKI

Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne.
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.
5. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.
6. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
7. 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.
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.
9. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Strony internetowe:

- <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2016-2020>;
- <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- <https://www.adamed.expert/pacjent/zdrowie-psychiczne/czym-sie-rozni-depresja-od-nerwicy>.
- <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica>
- <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli/>
- <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>
- <https://www.termedia.pl/mz/Coraz-wiecej-zwolnien-z-powodu-zaburzen-psychicznych,55774.html>
- <https://bip.lodzkie.pl/urzed-marszalkowski/programy/item/13420-raport-ko%C5%84cowy-z-realizacji-programu-polityki-zdrowotnej-dotycz%C4%85cy-%E2%80%9Eprogramu-edukacyjno-rehabilitacyjnego-w-zaburzeniach-nerwicowych,-zwi%C4%85zanych-ze-stresem-i-pod postaci%C4%85-somatyczn%C4%85-dla-mieszka%C5%84c%C3%B3w-wojew%C3%B3dztwa-%C5%82%C3%B3dzkiego%E2%80%9D>;
- <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/uwaga-depresja.html>
- <https://www.gov.pl/web/uw-lodzki/mapa-potrzeb-zdrowotnych-2022---2026>
- <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/uwaga-depresja.html>;
- <https://funduszeue.lodzkie.pl/>
- <https://zdrowie.lodzkie.pl/>
- <https://www.emocjepro.pl/praktyka-oparta-na-dowodach-naukowych-evidence-based-practice-ebp/>
- https://lodz.stat.gov.pl/files/gfx/lodz/pl/defaultstronaopisowa/887/9/3/202312_r_23w_dzial_04_2.pdf

Bibliografia:

1. A review of good workplace practices to support individuals experiencing mental health problems European Agency for Safety and Health at Work, 2024;
2. Flash Eurobarometer - OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces ISSN: 1831-9343 OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces, European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA, 2022;
3. Flash Eurobarometer 530, Mental health, Fieldwork: 14/6/2023-21/6/2023, VOLUME A (Weighted);
4. Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOPII; Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021;
5. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022;
6. P. Gałęcki, A. Szulc, „PSYCHIATRIA”, Wydawnictwo Erda Urban & Partner, Wrocław 2018;
7. A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, PSYCHIATRIA REPETYTORIUM, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, 2003, 2006;
8. W.S. Gumułka, W. Rewerski, „ENCYKLOPEDIA ZDROWIA”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001;
9. Rocznik Statystyczny Województwa Łódzkiego 2023;
10. Communication from The Commission to The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions on a comprehensive approach to mental health, Komisja Europejska 7.6.2023 COM(2023) 298 final;
11. A review of good workplace practices to support individuals experiencing mental health problems European Agency for Safety and Health at Work, 2024;
12. Bank danych lokalnych „Pracujący, zatrudnieni i przeciętne zatrudnienie według PKD”, 04.01.2024 r.;
13. „Rynek pracy w województwie łódzkim w 2023 roku”, Regionalne Obserwatorium Rynku Pracy w Wojewódzkim Urzędzie Pracy w Łodzi, Łódź marzec 2024 r.;
14. Bank danych lokalnych „Zgodny według przyczyn”, 18.10.2023;
15. Raport „Absencja chorobowa w 2023 r.” ZUS, Departament Statystyki Prognoz Aktuariatnych, Warszawa 2024 r.;
16. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r, ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, Warszawa 2023;
17. „Program edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego”;
18. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”;
19. „Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027”; Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego Departament Polityki Zdrowotnej, Łódź, 2021;
20. „Regionalny programu ochrony zdrowia psychicznego dla województwa łódzkiego na lata 2024-2030”, Priorytet 1.2. Zdrowie psychiczne osób aktywnych zawodowo;
21. „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030”;
22. „Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027”;
23. Nikki van Dessel, Madelon den Boeft, Johannes C van der Wouden, Kleinstäuber, Leone, Terluin, Numans, Henriette van der Horst, Harm van Marwijk, 2014, „Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults”;
24. Cybula-Fujiwara, Merecz-Kot, Walusiak-Skorupa, Marcinkiewicz, Wiszniewska, Medycyna Pracy 2015 „Pracownik z chorobą psychiczną – możliwości i bariery w pracy zawodowej”;
25. Stonerock, Hoffman, Smith, Blumenthal, 2015 „Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis”;

26. Katarzyna Czarnecka „Skuteczność terapii dialektyczno-behawioralnej DBT”, www.emocjepro.pl
27. Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions, Pim Cuijpers, Annemieke van Straten, Filip Smit, Cathrine Mihalopoulos, Aartjan Beekman, Ph.D, American Journal of Psychiatry Volume 165, Number 10, 2008;
28. Stier-Jarmer, Frisch, Oberhauser, Berberich, Schuh, 2016, The Effectiveness of a Stress Reduction and Burnout Prevention Program;
29. Rekomendacje dotyczące diagnostyki i postępowania w powszechnych zaburzeniach psychicznych, National Institute for Health and Care – NICE 2011;
30. Rekomendacje dotyczące postępowania w zespole lęku uogólnionego i zespole lęku napadowego, National Institute for Health and Care –NICE 2011B;
31. Rekomendacje dotyczące zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych oraz dysmorfobii, National Institute for Health and Care – NICE 2005A;
32. Rekomendacje dotyczące postępowania w zespole stresu pourazowego, National Institute for Health and Care – NICE 2005B;
33. 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;
34. Cook, S. C., Schwartz, A. C., Kaslow, N. J. (2017). *Evidence-based psychotherapy: advantages and challenges.* *Neurotherapeutics*, 14(3), 537-545.,
35. Chorpita, B. F., Becker, K. D., Daleiden, E. L., Hamilton, J. D. (2007). *Understanding the common elements of evidence-based practice: Misconceptions and clinical examples.* *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(5), 647-652.;
36. Lilienfeld, S. O. (2007). *Psychological Treatments That Cause Harm. Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53–70.;
37. National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2011
38. „Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027”,
39. „Wytyczne dotyczące ewaluacji polityki spójności na lata 2021-2027”
40. Program Regionalny „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027”.
41. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030” - załącznik do Uchwały Nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.
42. „Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027” – załącznik do Uchwały Nr 738/21 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 10 sierpnia 2021 r.

ZAŁĄCZNIKI

Zestawienie Tabel:

Tabela 1. Ludność w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym w województwie łódzkim.

Tabela 2. Liczba pacjentów korzystających w 2023 r. w woj. łódzkim ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wg grupy zaburzeń.

Tabela 3. Czynniki wpływające na kontakt ze służbą zdrowia – podstawowa opieka zdrowotna.

Tabela 4. Czas oczekiwania na świadczenia poradni zdrowia psychicznego w woj. łódzkim.

Tabela 5. Czas oczekiwania na świadczenia poradni psychicznej w woj. łódzkim.

Tabela 6. Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w woj. łódzkim.

Tabela 7. Liczba samobójstw w woj. łódzkim.

Tabela 8. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych w 2023 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania na 100 tys. mieszkańców.

Tabela 9. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych w 2023 r. z powodu wybranych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w woj. łódzkim.

Tabela 10. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu.

Tabela 11. Wykaz świadczeń oferowanych w ramach Programu ze wskazaniem ceny jednostkowej i wartości na 1 pacjenta.

Tabela 12. Wykaz świadczeń oferowanych w ramach Programu ze wskazaniem wartości wsparcia w ramach poszczególnych kroków.

Zestawienie Wykresów:

Wykres 1. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w 2023 r. na 100 tys. Mieszkańców.

Wykres 2. Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi na 10 tys. mieszkańców w 2022 roku.

Wykres 3. Wskaźnik Liczba zaświadczeń lekarskich z powodu: Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39) na 10 tys. mieszkańców obszaru województw i kraju.

Wykres 4. Wskaźnik Liczba zaświadczeń lekarskich z powodu: Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48) na 10 tys. mieszkańców obszaru województw i kraju.

Zestawienie Rysunków:

Rysunek 1. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych zdrowotnie* według województw.



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

Przykładowa ankieta dla pacjenta

- do modyfikacji i rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat programu polityki zdrowotnej pn. „NASTROIMY ŁÓDZKIE” program dotyczący zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną”, w którym Państwo uczestniczyli (w jednym z projektów służącym realizacji ww. Programu). Otrzymane informacje pomogą w jeszcze lepszej organizacji tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości oraz ocenie jakości świadczeń. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

kobieta

☐

mężczyzna

☐

osoba niebinarna

☐

żadna z powyższych

☐

wolę nie odpowiadać

☐

1. Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców województwa?

zdecydowanie tak

☐

raczej tak

☐

trudno powiedzieć

☐

raczej nie

☐

zdecydowanie nie

☐

2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?

zdecydowanie tak

☐

raczej tak

☐

trudno powiedzieć

☐

raczej nie

☐

zdecydowanie nie

☐

3. Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?

zdecydowanie tak

☐

raczej tak

☐

trudno powiedzieć

☐

raczej nie

☐

zdecydowanie nie

☐

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w Programie?

zdecydowanie tak	
raczej tak	
trudno powiedzieć	
raczej nie	
zdecydowanie nie	

Miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Test na temat stanu wiedzy o zaburzeniach i sposobach radzenia sobie z nimi

Imię i nazwisko: _____

Data: _____

Zaznacz jedną poprawną odpowiedź przy każdym pytaniu.

1. Zaburzenia nastroju to grupa zaburzeń psychicznych, w których dominują:

- a) Lęk i napady paniki
- b) Zaburzenia pamięci
- c) Obniżenie lub wzrost nastroju

2. Który objaw najczęściej występuje w depresji?

- a) Nadaktywność i gonitwa myśli
- b) Smutek, brak energii i utrata zainteresowań
- c) Poczucie wielkości i wyjątkowości

3. Który z objawów może świadczyć o epizodzie maniakalnym?

- a) Bezsенność, wzmożona aktywność, nadmierna rozmowność
- b) Smutek i płaczliwość
- c) Lęk przed ludźmi

4. Kto może pomóc w leczeniu zaburzeń nastroju?

- a) Psycholog lub psychiatra
- b) Znajomy
- c) Trener personalny

5. Jak długo muszą utrzymywać się objawy, by podejrzewać depresję?

- a) Kilka godzin
- b) Co najmniej dwa dni
- c) Co najmniej dwa tygodnie

6. W depresji mogą pojawić się objawy somatyczne, czyli:

- a) Objawy fizyczne – np. ból, zmęczenie, problemy trawienne
- b) Objawy psychotyczne – np. halucynacje
- c) Brak apetytu psychicznego

7. Które stwierdzenie jest prawdziwe?

- a) Tylko leki leczą depresję
 - b) Leczenie powinno być dostosowane indywidualnie i może obejmować terapię, leki i psychoedukację
 - c) Depresja mija sama po kilku dniach
-

ZAŁĄCZNIKI

8. Kiedy należy szukać pomocy w zaburzeniach nastroju?

- a) Tylko gdy występują myśli samobójcze
 - b) Gdy objawy przeszkadzają w codziennym życiu i utrzymują się przez dłuższy czas
 - c) Gdy ktoś nas do tego zmusi
-

9. Zaburzenia nastroju mogą:

- a) Dotyczyć tylko osób w trudnej sytuacji życiowej
 - b) Mieć różne przyczyny – biologiczne, psychologiczne i społeczne
 - c) Występować tylko w młodym wieku
-

10. Co NIE jest typową formą pomocy przy zaburzeniach nastroju?

- a) Psychoterapia
 - b) Farmakoterapia
 - c) Ignorowanie problemu
-

11. czy się różni depresja od nerwicy?

- a) depresja objawia się lękiem, a nerwica smutkiem i brakiem energii
 - b) depresja to zaburzenie nastroju, a nerwica to zaburzenie lękowe
 - c) w depresji objawy występują w okresach trudnych emocjonalnie
-

Klucz odpowiedzi:

- 1. c
- 2. b
- 3. a
- 4. a
- 5. c
- 6. a
- 7. b
- 8. b
- 9. b
- 10. c
- 11. b

Test na temat stanu wiedzy w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami**Imię i nazwisko:** _____**Data:** _____**Instrukcja:** Zaznacz jedną poprawną odpowiedź przy każdym pytaniu.

1. Co to jest stres?

- a) Reakcja organizmu na trudne lub wymagające sytuacje
- b) Stan pełnego spokoju i relaksu
- c) Zwyczajne zmęczenie po pracy

2. Które z poniższych może być fizycznym objawem stresu?

- a) Nadmierna chęć do ćwiczeń fizycznych
- b) Ból głowy, napięcie mięśniowe, przyspieszony oddech
- c) Zwiększona koncentracja

3. Jakie techniki pomagają w radzeniu sobie ze stresem?

- a) Regularne ćwiczenia fizyczne, medytacja, oddychanie głębokie
- b) Ignorowanie problemu i unikanie myślenia o nim
- c) Zajmowanie się wyłącznie pracą i obowiązkami

4. Co to jest technika „oddychania przeponowego”?

- a) Oddychanie przez nos tylko podczas stresujących sytuacji
- b) Oddychanie z przyspieszonym tempem, by pobudzić organizm
- c) Oddychanie z pełnym wykorzystaniem przepony, które pomaga zrelaksować ciało i umysł

5. Jakie zachowanie może pomóc w obniżeniu poziomu stresu?

- a) Szybkie podejmowanie decyzji bez zastanowienia
- b) Tworzenie planu działania i dzielenie dużych zadań na mniejsze kroki
- c) Unikanie kontaktów z innymi ludźmi

6. Kiedy warto poszukać pomocy w radzeniu sobie ze stresem?

- a) Kiedy stres jest krótkotrwały i nie wpływa na codzienne życie

ZAŁĄCZNIKI

- b) Kiedy stres trwa przez długi czas i zaczyna utrudniać codzienne funkcjonowanie
 - c) Kiedy odczuwamy lekki dyskomfort
-

7. Jakie z poniższych działań jest skuteczną metodą redukcji stresu w sytuacji trudnej?

- a) Znalezienie momentu na chwilę odpoczynku i odłączenie się od problemu
 - b) Utrzymywanie stresujących myśli i niepodjęcie żadnej próby ich rozwiązania
 - b) Wycofanie się z każdej sytuacji, która wywołuje stres
-

8. Co oznacza pojęcie „zarządzanie stresem”?

- a) Całkowite unikanie stresujących sytuacji
 - b) Rezygnacja z obowiązków, które wywołują stres
 - c) Umiejętność reagowania na stres w sposób, który zmniejsza jego negatywne skutki
-

9. Które z poniższych technik relaksacyjnych jest skuteczne w obniżeniu napięcia?

- a) Zajmowanie się kilkoma zadaniami jednocześnie
 - b) Regularne robienie przerw, medytacja, relaksacja mięśni
 - c) Unikanie kontaktów z ludźmi
-

10. Jakie jest kluczowe podejście w radzeniu sobie ze stresem?

- a) Akceptowanie, że stres jest naturalną częścią życia i nauka radzenia sobie z nim
 - b) Przemilczanie problemów i unikanie ich rozwiązywania
 - c) Nadmierne angażowanie się w problemy i ich analizowanie
-

Klucz odpowiedzi:

- 1. a
- 2. b
- 3. a
- 4. c
- 5. b
- 6. b
- 7. a
- 8. c
- 9. b
- 10. a

Schemat postępowania w ramach Programu „NASTROIMY ŁÓDZKIE” Programu dotyczącego zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną

