



Program polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat

Okres realizacji: lata 2024 – 2026 (30 miesięcy ogółem)

Podstawa prawna opracowania programu polityki zdrowotnej:

art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).

Białystok, 2023 r.

Autorzy „Programu polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat”:

- dr n med. Dominik Maślach

- dr hab. n. med. Beata Galińska-Skok

- mgr Magda Grygoruk

- mgr Andrzej Gajdowski

- mgr Ewelina Popławska

Spis treści

1. Zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju - opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie potrzeby realizacji Programu	4
1.1. Zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju - charakterystyka	4
1.2. Dane epidemiologiczne	15
1.3. Opis obecnego postępowania	20
2. Cele programu polityki zdrowotnej i miernik efektywności jego realizacji.....	25
2.1. Cel główny.....	25
2.2. Cele szczegółowe.....	25
2.3. Mierniki efektywności realizacji.....	26
3. Charakterystyka populacji docelowej.....	27
3.1. Populacja docelowa.....	27
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie oraz kryteria wyłączenia z Programu	27
3.3. Planowane interwencje oraz etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów.....	28
3.4. Sposób udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach Programu	38
3.5. Sposób zakończenia udziału w Programie.....	38
3.6. Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	39
4. Sposób monitorowania i ewaluacji	40
5. Budżet programu	41
6. Bibliografia	45
7. Spis tabel.....	47
8. Spis rycin.....	47

1. Zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju - opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie potrzeby realizacji Programu

1.1. Zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju - charakterystyka

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie psychiczne jest dobrostanem pozwalającym jednostce na realizowanie swoich możliwości, umożliwiającym podejmowanie działań w różnorodnych sytuacjach życiowych. Dobrostanem, w którym jednostka uczestniczy w życiu społecznym oraz produktywnie pracuje. Zdrowie psychiczne to emocjonalne, psychologiczne oraz społeczne dobre samopoczucie umożliwiające doświadczanie pozytywnych uczuć, takich jak szczęście, czy satysfakcja¹.

Na podstawie danych i prognoz dotyczących zdrowia psychicznego stwierdza się, że zaburzenia psychiczne są poważnym i narastającym problemem na całym świecie². Zgodnie z danymi WHO 27% Europejczyków w wieku 18–65 lat, co stanowi około 83 mln ludzi, co najmniej raz w roku odczuwa objawy złego stanu zdrowia psychicznego. Należy pamiętać, że kolejną wielomilionową grupę stanowią osoby w wieku senioralnym, szczególnie narażone na ryzyko zaburzeń depresyjnych i lękowych związanych ze swoim stanem zdrowia, niesamodzielnością czy samotnością³.

Należy mieć na uwadze, że w ostatnich latach w Polsce odnotowano wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, co związane jest z epidemią COVID-19 i wprowadzonych w związku z nią ograniczeń. W chwili obecnej obserwowane są negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego w związku z konfliktem zbrojnym na Ukrainie⁴.

Z danych przedstawionych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, Mapy potrzeb zdrowotnych, wynika, że w Polsce w 2021 r. łączna liczba pacjentów w opiece psychiatrycznej wynosiła 1 454,19 tys, z czego u 524 820 pacjentów stwierdzono zaburzenia lękowe (współczynnik chorobowości wyniósł 1 685,23/10⁵), u 296 340 stwierdzono zaburzenia nastroju (współczynnik chorobowości wyniósł 951,58/10⁵), u 241 870 stwierdzono uzależnienia (współczynnik chorobowości wyniósł 776,66/10⁵). W województwie podlaskim łączna liczba pacjentów w 2021 r. w opiece psychiatrycznej wyniosła 53,13 tys. Na pierwszym miejscu wśród rozpoznań były zaburzenia lękowe - 16 537 pacjentów (wsp. chorobowości 1 721,23/10⁵), na drugim miejscu zaburzenia nastroju - 11 655

¹ <https://www.gov.pl/web/wsse-warszawa/zdrowie-psychiczne>

² Stan zdrowia mieszkańców i jej uwarunkowania

³ Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020, W. P. Kalbarczyk, S. Murawiec, M. Kalbarczyk, Warszawa grudzień 2016

⁴ Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2023-2030

(wsp. chorobowości 1 213,09/10⁵), na trzecim miejscu znalazły się uzależnienia - 8 591 (wsp. chorobowości 894,18/10⁵).

Zaburzenia lękowe

Lęk, niepokój, napięcie są jednymi z najczęściej występujących emocji. Zgodnie z definicją lęk to stan emocjonalny, dla którego charakterystyczne jest przeżywanie obawy, strachu, stresu i przykrości. Lęk jest stanem pozbawionym obiektu, w odróżnieniu od strachu, który wywołany jest zawsze czymś, kimś lub jakimś zdarzeniem⁵. Lęku doznają zarówno ludzie zdrowi, jak i cierpiący na różne zaburzenia. Lęk może być objawem w przebiegu różnych chorób np. somatycznych tj. zaburzenia hormonalne czy problemy kardiologiczne. W przypadku zaburzeń nerwicowych lęk jest głównym objawem. Ponadto lęk może pojawiać się również w przebiegu uzależnienia, jako objaw zespołu abstynencyjnego lub objaw zatrucia⁶.

Uważa się, że zaburzenia lękowe mają przede wszystkim podłoże emocjonalne, związane z problemami rozpoczynającymi się w dzieciństwie, a także z przeżyciem traumatycznych zdarzeń. Zaburzenia lękowe charakteryzują się nadmiernym strachem i zamartwianiem oraz związanymi z nimi zaburzeniami zachowania⁷.

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zaburzenia lękowe stanowią grupę różnorodnych zaburzeń określanych jako „Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48)”. Zaburzenia lękowe obejmują dwie duże grupy: F40 zaburzenia lękowe w postaci fobii oraz F41 Inne zaburzenia lękowe. Ponadto wyróżniamy również następujące grupy rozpoznania: F42 Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, F43 Reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, F44 Zaburzenia dysocjacyjne, F45 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, F48 Inne zaburzenia nerwicowe. Szczegółowa klasyfikacja zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną przedstawiona została w Tabeli 1.

W ramach niniejszego Programu wsparciem zostaną objęte osoby posiadające rozpoznanie: F40, F41, F42 i F45, jak również osoby, u których lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii zatrudniony przez Realizatora, stwierdzi występowanie wspomnianych zaburzeń.

⁵ <https://psychologia.edu.pl/slownik/id.lek/i.html>

⁶ Anna Nitka-Siemińska, Zaburzenia lękowe - charakterystyka i zasady leczenia, Forum Medycyny Rodzinnej 2014, tom 8, nr 1, 37–43

⁷ World Health Organization, Depression <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [dostęp z 31.01.2023r.]

Tabela 1 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48)

Kod	Nazwa choroby
F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii
F40.0	Agorafobia
F40.1	Fobie społeczne
F40.2	Specyficzne (izolowane) postacie fobii
F40.8	Inne zaburzenia lękowe w postaci fobii
F40.9	Fobie nieokreślone
F41	Inne zaburzenia lękowe
F41.0	Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)
F41.1	Zaburzenia lękowe uogólnione
F41.2	Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane
F41.3	Inne mieszane zaburzenia lękowe
F41.8	Inne określone zaburzenia lękowe
F41.9	Zaburzenia lękowe, nieokreślone
F42	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
F42.0	Zaburzenie z przewagą myśli czy ruminacji natrętnych
F42.1	Zaburzenie z przewagą czynności natrętnych (rytuały obsesyjne)
F42.2	Myśli i czynności natrętne, mieszane
F42.8	Inne natręctwa
F42.9	Natręctwa nieokreślone
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
F44	Zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne]
F45	Zaburzenia występujące pod maską somatyczną
F45.0	Zaburzenie z somatyzacją
F45.1	Nieodróżnicowane zaburzenie psychosomatyczne
F45.2	Zaburzenie hipochondryczne
F45.3	Zaburzenia wegetatywne występujące pod postacią somatyczną
F45.4	Uporczywe bóle psychogenne
F45.8	Inne zaburzenia występujące pod postacią somatyczną
F45.9	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, nieokreślone
F48	Inne zaburzenia nerwicowe

Charakterystyka wybranych zaburzeń lękowych

W grupie **zaburzeń lękowych w postaci fobii (F40)** lęk wywoływany jest tylko lub przede wszystkim przez pewne określone sytuacje, które w rzeczywistości nie są zagrażające pacjentowi. W następstwie tego pacjent w charakterystyczny sposób unika tych sytuacji, a zetknąwszy się z nimi odczuwa przerażenie, koncentruje się na objawach typu kołatanie serca czy uczucie omdlewania. Często towarzyszą im: lęk przed śmiercią, utratą kontroli, czy przed chorobą psychiczną. Sama myśl o znalezieniu się w sytuacji fobicznej powoduje zazwyczaj wystąpienie lęku antycypacyjnego (lęku oczekiwania), a objawy mogą nasilać się aż do napadu lęku panicznego. W przypadku agorafobii występuje strach przed wyjściem z domu, wejściem do sklepu, przed tłumem i miejscami publicznymi, czy przed samotnym podróżowaniem pociągiem, autobusem lub samolotem. W fobii społecznej występuje strach przed oceną innych

ludzi, który prowadzi do unikania sytuacji społecznych, wiąże się z niską samooceną i strachem przed krytyką, może przejawiać się w formie dolegliwości takich jak czerwienie się, drżenie rąk, nudności lub parcie na mocz. Fobie specyficzne są ograniczone do bardzo konkretnych sytuacji, jak przebywanie w pobliżu niektórych zwierząt, ale pojawienie się lęku w przebiegu fobii może też inicjować wysokość, burza z piorunami, ciemność, lot samolotem, zamknięte przestrzenie, widok krwi czy ran. Mimo tego, że sytuacja wywołująca jest wyraźnie określona, może spowodować napad paniki, jak w agorafobii czy w fobiach społecznych⁸.

W zaburzeniu lękowym z napadami lęku (F41) istotą są nawracające napady ostrego lęku (stany paniki), które nie są ograniczone do szczególnej sytuacji czy okoliczności, w związku z czym stany paniki są niemożliwe do przewidzenia. Podobnie jak w innych zaburzeniach lękowych, osiowe objawy obejmują nagłe wystąpienie kołatania serca, bólu w klatce piersiowej, uczucia duszności, zawrotów głowy, a także poczucie obcości/zmiany własnej osoby (depersonalizacja) lub otoczenia (derealizacja). Często występuje wtórny strach przed śmiercią, utratą kontroli czy chorobą psychiczną.

Zaburzenie lękowe uogólnione (F41.1) cechuje z kolei występowanie przewlekłego, uporczywego, nieprzypisanego do konkretnych sytuacji lęku, tzw. lęku „wolnopłynącego”, który wyrażony jest ciągłym poczuciem wewnętrznego napięcia, niepokoju, rozdrażnienia, także zaburzeniami koncentracji uwagi, niemożnością relaksacji, odpoczynku, napięciowymi bólami głowy, a także towarzyszącymi objawami wegetatywnymi, np. zawrotami głowy, przyspieszonym biciem serca, bólem/dyskomfortem w klatce piersiowej, przyspieszonym oddechem, zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego. Pacjent często martwi się o rzeczy przyszłe, które mogą się wydarzyć i być w jego poczuciu niekorzystne dla niego czy jego bliskich.

Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (F41.2) rozpoznajemy, gdy występują objawy lęku i depresji, ale żadne z nich nie przeważa w sposób zdecydowany i żaden z objawów rozważany oddzielnie nie osiąga stopnia nasilenia, który uzasadniałby postawienie rozpoznania depresji bądź zaburzenia lękowego.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (F42) polega na występowaniu nawracających, stereotypowych natrętnych myśli (obsesji) i/lub przymusowych czynności (kompulsji). Osoba chora próbuje się przeciwstawiać takim myślom/czynnościom, ale próby te zazwyczaj nie są skuteczne. U chorego pojawiają się natrętne myśli i wyobrażenia lub przymusowo wykonuje

⁸ Regionalny program polityki zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego, Białystok 2016

on „niechciane” czynności. Zaburzenia te prawie zawsze łączą się z lękiem, który nasila się przy próbach zaniechania czynności przymusowej.

Zaburzenia somatyzacyjne (F45) cechują różnorodne, nawracające i często zmieniające się objawy somatyczne, które utrzymują się od co najmniej dwóch lat, i dotyczą układu oddechowego (duszność, przyspieszony oddech), układu sercowo-naczyniowego (przyspieszone bicie serca), układu pokarmowego (biegunki, zaparcia, wzdęcia, nudności). Towarzyszy im cały szereg innych dolegliwości, jak bóle i zawroty głowy, poczucie mrowienia, pieczenia, czy swędzenia różnych obszarów ciała. Większość pacjentów ma za sobą długą i skomplikowaną historię kontaktów z podstawową i specjalistyczną opieką zdrowotną, włącznie z licznymi negatywnymi wynikami badań i bezowocnymi operacjami sprawdzającymi. Przebieg zaburzenia jest przewlekły i zmienny i często łączy się z zakłóceniem funkcjonowania, pomimo negatywnych wyników badań i zapewnień lekarzy, że dolegliwości nie mają podstaw somatycznych.

Zaburzenie hipochondryczne (F45.2) charakteryzuje stałe przekonanie pacjenta, że jest on chory na jedną lub więcej poważnych i postępujących chorób somatycznych. Osoba na nie cierpiąca zazwyczaj, skarży się na różne, ale niezbyt liczne, objawy związane z tą chorobą, które wydają się ją „potwierdzać”. Często nie mają one charakteru nieprawidłowego, patologicznego, ale przez chorego są tak odbierane, a pacjent, po wykluczeniu chorób przez lekarza, może „zmieniać” swoje „rozpoznanie” na inne podczas kolejnych wizyt lekarskich, albo odnajdywać u siebie kolejne objawy będące „dowodem” choroby u niego występującej.

W **zaburzeniach wegetatywnych** (F45.3) występujących pod postacią somatyczną pacjent prezentuje objawy tak, jakby były one spowodowane przez fizyczną chorobę całego układu lub narządu, który jest głównie lub wyłącznie unerwiony i kontrolowany przez układ nerwowy wegetatywny, np. układu krążenia, przewodu pokarmowego lub układu moczowo-płciowego.

Uporczywe bóle psychogenne (F45.4) charakteryzuje uporczywy, silny i niepokojący ból, którego nie można w pełni wyjaśnić zaburzeniami fizjologicznymi lub chorobami somatycznymi i który występuje w związku z konfliktem emocjonalnym czy problemami psychospołecznymi.

W rozwoju zaburzeń nerwicowych bardzo ważną rolę odgrywają czynniki psychologiczne, a przyczyny ich powstawania można rozważać w pełni, kiedy opieramy się na modelu biopsychospołecznym tzn. uwzględniającym czynniki biologiczne, środowiskowe, społeczne oraz kulturowe. Przyczyną „nerwic” są konflikty psychologiczne, które przewyższają możliwości przystosowawcze danej osoby. Osoby cierpiące na zaburzenia nerwicowe

wymagają niezbędnej konsultacji specjalisty, co umożliwi prawidłową diagnostykę i różnicowanie z innymi zaburzeniami psychicznymi oraz chorobami somatycznymi. Osoby z nerwicą potrzebują wielu konsultacji medycznych w związku z obawą choroby somatycznej, a postawienie rozpoznania psychiatrycznego w odpowiednio krótkim czasie pozwala na uniknięcie niezasadnych badań medycznych. Wczesna diagnoza zaburzeń nerwicowych jest niezwykle istotna ze względu na częste, późniejsze współwystępowanie innych schorzeń psychiatrycznych np. zaburzeń osobowości, depresji (nerwice często poprzedzają rozwój depresji), nadużywanie substancji psychoaktywnych (osoby z nerwicą często stosują „samoleczenie” używając alkoholu, leków uspokajających i nasennych itd.). Leczenie już zdiagnozowanych zaburzeń nerwicowych jest kompleksowe. Często należy łączyć różne formy leczenia takie jak psychoterapia, psychoedukacja oraz oddziaływania farmakologiczne. Stres nie jest zjawiskiem wyłącznie psychologicznym. Doświadczenie lęku i napięcia przekłada się bezpośrednio na parametry biologiczne. Stąd u pacjentów z przewlekle występującymi zaburzeniami nerwicowymi często dochodzi do zakłócenia funkcjonowania różnych układów organizmu, np. układu pokarmowego, układu krążenia, układu oddechowego.

Należy podkreślić, że zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną są przyczyną izolacji społecznej i rodzinnej, zmniejszenia aktywności i wydajności w miejscu pracy i w życiu prywatnym, często również uzależnienia od stosowania leków, a także nieefektywnego wykorzystywania zasobów sektora ochrony zdrowia⁹.

Zaburzenia nastroju

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale V Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania wśród grup klasyfikacyjnych wyróżniono grupę zaburzenia nastroju (afektywne) F30–F39.

Podział zaburzeń nastroju według klasyfikacji ICD-10 przedstawia tabela 2.

⁹ Regionalny program polityki zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego, Białystok 2016

Tabela 2 Zaburzenia nastroju afektywne (F30-F39)

Kod	Nazwa choroby
F30	Epizod maniakalny
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F32	Epizod depresyjny
F32.0	Epizod depresji łagodny
F32.1	Epizod depresji umiarkowany
F32.2	Epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych
F32.3	Epizod depresji ciężki, z objawami psychotycznymi
F32.8	Inne epizody depresyjne
F32.9	Epizod depresyjny, nie określony
F33	Zaburzenia depresyjne nawracające
F33.0	Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny łagodny
F33.1	Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny umiarkowany
F33.2	Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod ciężkiej depresji, bez objawów psychotycznych
F33.3	Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie ciężka depresja z objawami psychotycznymi
F33.4	Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie stan remisji
F33.8	Inne nawracające zaburzenia depresyjne
F33.9	Nawracające zaburzenia depresyjne, nie określone
F34	Uporczywe (utrwalone 1) zaburzenia nastroju (afektywne)
F34.0	Cyklotymia
F34.1	Dystymia
F34.8	Inne uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju (afektywne)
F34.9	Uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone
F38	Inne zaburzenia nastroju (afektywne)
F39	Zaburzenia nastroju (afektywne) nie określone

W ramach niniejszego Programu wsparciem zostaną objęte osoby posiadające rozpoznanie: F32, F33, F 34, jak również osoby, u których lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii zatrudniony przez Realizatora, stwierdzi występowanie wspomnianych zaburzeń.

Charakterystyka wybranych zaburzeń nastroju

W przypadku rozpoznania **epizodu depresyjnego (F32)** pacjent cierpi z powodu obniżonego nastroju, utraty zainteresowań i zdolności do radowania się, zmniejszenia energii prowadzącej do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności. Do często spotykanych objawów należą: osłabienie koncentracji i uwagi, niska samoocena i mała wiara w siebie, poczucie winy i małej wartości, pesymistyczność, czarne widzenie przyszłości, myśli i czyny samobójcze, zaburzenia snu, zmniejszony apetyt. Typowym objawem **epizodu depresyjnego łagodnego** jest nastrój depresyjny, utrata zainteresowań i przeżywania przyjemności oraz zwiększoną męczliwość, przy czym dla pewnego rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie co najmniej dwóch z wymienionych objawów opisanych dla F32. Objawy nie muszą osiągać

maksymalnego nasilenia utrzymywanie się epizodu powinno być nie krótsze niż dwa tygodnie. Epizod depresyjny o łagodnym przebiegu jest zazwyczaj przyczyną distresu i trudności w wykonywaniu pracy oraz codziennych obowiązków, jednak nie zaburza spełniania tych obowiązków całkowicie¹⁰.

Epizod depresyjny umiarkowany (F32.1) do rozpoznania niezbędne stwierdzenie co najmniej dwóch spośród trzech charakterystycznych objawów łagodnego epizodu depresyjnego oraz co najmniej trzech innych objawów. Część objawów osiąga znaczne nasilenie, nie jest to jednak nieodzownym warunkiem, zwłaszcza wtedy gdy stwierdza się szerokie spektrum objawów co najmniej około dwóch tygodni. Pacjent z depresją o umiarkowanym nasileniu ma wyraźne trudności z wykonywaniem pracy i spełnianiem obowiązków domowych.

W rozpoznaniu **epizodu depresyjnego ciężkiego bez objawów psychotycznych (F32.2)** dominuje poczucie bezwartościowości, niska samoocena, poczucie winy, w ciężkich stanach depresyjnych szczególnie niebezpieczne jest zagrożenie samobójstwem. W ciężkich epizodach depresyjnych nie zawsze występują objawy somatyczne.

W **epizodzie depresji ciężkiej z objawami psychotycznymi (F31.5)** występują urojenia i osłupienie depresyjne. Treść urojeń dotyczy grzechów, ubóstwa, nieuchronnej klęski, przestępstw. Omamy słuchowe lub węchowe mają charakter głosów oszczerczych lub oskarżających. Ciężkie zahamowanie psychoruchowe może narastać do rozmiarów otępienia. Jeśli zachodzi taka potrzeba urojenia można klasyfikować jako zgodne z nastrojem lub niezgodne.

Do innych epizodów depresyjnych należy zaliczać epizody, które nie spełniają kryteriów epizodów depresyjnych opisanych w kategoriach F32.0 - F32.3, lecz w odniesieniu do niektórych są podstawy by sądzić, że w istocie są depresją.

Kolejnym zaburzeniem nastroju są zaburzenia depresyjne nawracające (zaburzenia afektywne jednobiegunowe) oznaczone w ICD-10 symbolem F33. Choroba afektywna jednobiegunowa traktowana jest jako nawracający epizod depresyjny, który diagnozuje się u pacjentów, w sytuacji gdy co najmniej dwa tygodnie u danego pacjenta występuje 5 spośród następujących objawów (przy czym występowanie jednego z dwóch pierwszych symptomów jest warunkiem koniecznym): obniżony nastrój, utrata zainteresowań/odczuwania przyjemności, zmiana masy ciała, zaburzenia snu, pobudzenie/spowolnienie psychoruchowe, zmęczenie lub brak energii, poczucie braku własnej wartości lub poczucie winy, problemy z koncentracją, brak zdolności do podejmowania decyzji, myśli samobójcze¹¹.

¹⁰ P. Gałecki, A Szulc, Psychiatria, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, s.207

¹¹ <https://dimedica.eu/pl/wiedza/choroba-afektywna-jednobiegunowa-depresja-nawracajaca>

W opisywanej grupie wyróżniono również uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne) oznaczone symbolem F34. Są to zaburzenia mające charakter przewlekły o zmiennym nasileniu, utrzymujące się przez wiele lat, bywa że przez większą część dorosłego życia pacjenta. Są one przyczyną znacznego przygnębienia i istotnie ograniczają możliwości życiowe pacjenta¹².

W ramach niniejszego Programu wsparciem zostaną objęte osoby posiadające rozpoznanie: F32, F33, F34, jak również osoby, u których lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii zatrudniony przez Realizatora, stwierdzi występowanie wspomnianych zaburzeń.

Depresja jest chorobą, w której etiologii i patogenezie uczestniczy szereg elementów biologicznych. Obecnie przyjmuje się, iż uwarunkowania tej choroby mają charakter wieloczynnikowy, a poszczególne zmienne nie tylko się wzajemnie nie wykluczają, ale wręcz uzupełniają¹³.

Występuje wiele czynników zwiększających ryzyko depresji. Czynniki biologiczne, które opierają się na hipotezie monoaminoergicznej, aktywności osi – podwzgórze-przysadka-nadnercza i zmianach strukturalnych w mózgu. Czynniki genetyczne, które potwierdzone zostały badaniami rodzinnymi, bliźniąt oraz dzieci adoptowanych. Występuje także hipoteza zapalna, polegająca na stwierdzeniu procesu zapalnego i aktywacji autoimmunologicznej u chorych. W przebiegu zaburzeń depresyjnych obserwuje się także obniżenie poziomów hormonów np. tyreotropiny. W hipotezach psychologicznych podkreślono także znaczenie w interpretacji psychodynamicznej wskazującej na źródła depresji w socjalizacji pierwotnej. Według założeń terapii behawiorystycznej przyczyny depresji należy szukać w środowisku. Według Aarona Becka u podłoża zaburzeń depresyjnych występują mechanizmy takie jak triada poznawcza oraz błędy logiczne w myśleniu. Innymi czynnikami są zmienne osobowościowe, formy doświadczenia i radzenia sobie ze stresem, wsparcie społeczne, wydarzenia życiowe i płeć¹⁴.

Pierwsze rozpoznanie depresji i zaburzeń lękowych stawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który kieruje pacjenta do lekarza psychiatry lub psychologa. W psychiatrii jedną z najważniejszych metod diagnostycznych jest właściwy wywiad i obserwacja pacjenta oraz jego rodziny. Do rozpoznania zaburzenia i jego klasyfikacji pomocne są różne skale

¹² <https://remedium.md/icd10/zaburzenia-psychiczne-i-zaburzenia-zachowania/uporczywe-zaburzenia-nastroju-afektywne>

¹³ P. Gałęcki, A. Szulc, Psychiatria, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, s.207

¹⁴ P. Gałęcki, A. Szulc, Psychiatria, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, s.217

diagnostyczne takie jak inwentarz depresji Becka, skala depresji Hamilton, skala Montgomery-Asberg. Powyższe skale mogą służyć nie tylko do uzupełnienia diagnostyki, ale także do oceny ciężkości choroby i monitorowania progresji zaostrzenia/zmniejszenia objawów. Innym powszechnie stosowanym testem jest Test Dziewięciu Pytań, czyli Test PHQ-9 autorstwa oraz PSWQ test skali zamartwienia i lęku¹⁵.

Według klasyfikacji ICD-10, aby stwierdzić występowanie epizodu depresyjnego, muszą występować, przez co najmniej dwa tygodnie przynajmniej dwa z trzech poniższych objawów:

- obniżenie nastroju (niepodlegający wpływowi wydarzeń zewnętrznych),
- utrata zainteresowań i zdolności do radowania się, z czynności, które wcześniej sprawiały radość,
- zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności, oraz dwa lub więcej spośród następujących objawów:
 - osłabienie koncentracji i uwagi,
 - niska samoocena i mała wiara w siebie,
 - poczucie winy i małej wartości,
 - pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,
 - nawracające myśli o śmierci i samobójstwie,
 - zaburzenia snu,
 - zmniejszony apetyt¹⁶.

Według objawów osiowych, charakteryzujących osoby z nerwicą niezależnie od dominujących objawów występuje:

- lęk - w postaci stałego, nieokreślonego niepokoju, napadów paniki, lęku zlokalizowanego w określonej części ciała lub lęku dotyczącego określonej sytuacji. Lęk nerwicowy może pojawiać się bez dostrzegalnego zagrożenia, utrzymywać się dłużej, niż to uzasadnia realne zagrożenie, lub być nieproporcjonalnie intensywny w stosunku do realnego zagrożenia,
- objawy wegetatywne - różnorodne dolegliwości somatyczne, którymi pacjent jest bardzo zaabsorbowany i zaniepokojony,
- egocentryzm - nadmierne skoncentrowanie na swoich dolegliwościach i problemach, poczucie szczególnego cierpienia,

¹⁵ C. Hammen, Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 20

¹⁶ C. Hammen, Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 20.

- błędne koło - dodatnie sprzężenie zwrotne pomiędzy objawami (np. lęk wywołuje objawy wegetatywne, które z kolei nasilają lęk, koncentrowanie się na objawach natręctw nasila obsesje i kompulsje itd.)¹⁷.

Podjęcie działań we wskazanym wyżej problemie zdrowotnym wpisuje się w założenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 i jest zgodne z celem operacyjnym nr 3 promocja zdrowia psychicznego.

Założenia Programu są zgodne z dokumentem określającym strategię działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego jakim jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, którego kontynuację zaplanowano w kolejnych latach, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.

Planowane w ramach Programu interwencje są zgodne z jednym z celów głównych, jakim jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz doświadczających kryzysu psychicznego wszechstronnej i kompleksowej opieki adekwatnej do ich potrzeb. Ponadto interwencje są zgodne z celem szczegółowym, jakim jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb - upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych.

Program jest zgodny z dokumentem strategicznym pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”. Załącznikiem nr 2 do niniejszego dokumentu jest „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”, której głównym celem jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego m.in. poprzez zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej.

W dokumencie przedstawiono epidemiologię zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski, która sporządzona została na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia odnoszących się do liczby udzielonych świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, jak również na podstawie danych pozyskanych z badania Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska (dalej „badanie EZOP”). Badanie EZOP I realizowane było na próbie ludności Polski w wieku 18–64 lat (losowa próba 10 tys. respondentów) w latach 2009–2012, natomiast

¹⁷M. Jarema, Psychiatria Podręcznik dla studentów medycyny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, s.358-359

EZOP II Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań realizowano w latach 2018–2021 (losowa próba 15 tys. respondentów), które objęło próbę całej populacji. Wynikiem badania EZOP II jest przygotowanie rekomendacji dla praktyki polityki zdrowotnej, które wskazują na potrzebę reformy i wzmocnienia środowiskowej formy ochrony zdrowia psychicznego¹⁸.

Założenia Programu są zgodne z rekomendacjami zawartymi w Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Podlaskiego na lata 2022 – 2026 punkt 2. główne obszary działań, część 2.4 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień który został ustalony przez Wojewodę Podlaskiego obwieszczeniem z dnia 17 grudnia 2021 r. (Dz. Urz. Woj. Podl. z 2021 r. poz. 5202) w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Podlaskiego. Zgodnie z zawartymi w nim rekomendacjami konieczna jest poprawa dostępności do świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień, gdyż w województwie podlaskim przeciętny czas oczekiwania na świadczenia np. w poradni zdrowia psychicznego, czy poradni leczenia nerwic jest dłuższy, niż w innych województwach w kraju.

1.2. Dane epidemiologiczne

Na podstawie przeprowadzonych w ostatnim dziesięcioleciu badań uznaje się, że zaburzenia depresyjne i lękowe, uwzględniając ich rozpowszechnienie, są jednym z największych problemów zdrowotnych społeczeństw w ujęciu ogólnoswiatowym. Szacuje się, że w populacji osób dorosłych roczna chorobowość z powodu depresji oscyluje w przedziale 6–12%, natomiast udział zaburzeń lękowych w populacji ogólnej szacuje się w zakresie 0,28–53,3%¹⁹.

Z analizy przedstawionej w dokumencie pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022” przygotowanym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) wynika, że liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych było 1680 tys. Osób z zaburzeniami psychicznymi. W latach 2010-2019 liczba osób leczonych ogółem i leczonych po raz pierwszy znacznie wzrosła, odnotowano spadek w 2020 r., który wynika z częściowego zamknięcia podmiotów leczniczych w pierwszej fali pandemii koronawirusa. W porównaniu do lat wcześniejszych,

¹⁸ <https://ezop.edu.pl/wyniki-badania/>

¹⁹ K. Marek, P. Białoń, H. Wichowicz, H. Melloch, A. Nitka-Siemińska, Przesiewowa ocena rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku, *Psychiatria*, tom 2, nr 4, 217–224

w dalszym ciągu kobiety leczą się częściej niż mężczyźni, z czego w samych poradniach zdrowia psychicznego aż o 50% częściej. Ponadto mieszkańcy miast są leczeni zdecydowanie częściej, niż mieszkańcy wsi np. w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej w 2020 r. nadwyżka ta wynosiła aż 128%, co wskazuje na niejednakowe zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w populacji. Na podstawie przeanalizowanych danych epidemiologicznych stwierdzono, że najczęstszymi problemami zdrowotnymi osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są niezmiennie od kilku lat zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne oraz zaburzenia nastroju (afektywne)²⁰.

Współczynnik chorobowości z powodu zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i somatoformicznych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej w poradniach zdrowia psychicznego w 2020 r. wynosił 1215,7/10⁵, natomiast zapadalności (leczeni po raz pierwszy) wynosił 298,9/10⁵ (tabela 3).

Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby leczące się z powodu zaburzeń nastroju (afektywnych) – współczynnik chorobowości wynosił 886,1/10⁵ oraz współczynnik zapadalności (leczenie po raz pierwszy) 169/10⁵. Brak jest jednoznacznego trendu zmian liczby osób leczących się z powodu tych dwóch grup zaburzeń w ciągu czterech lat (tabela 3).

Tabela 3 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań w Polsce w latach 2017-2020 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie	Leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09) ¹	532,2	550,4	554,5	515,3	106,0	110,3	113,6	89,9
Schizofrenia (F20) ¹	354,8	371,3	359,9	342,2	29,9	32,9	31,2	31,8
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39) ¹	829,9	850,1	877,5	885,7	150,0	157,3	170,4	168,7
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48) ¹	1149,4	1217,8	1210,7	1215,7	340,4	354,3	348,9	298,9
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10) ²	419,1	437,4	425,1	373,9	146,4	149,0	136,9	105,3
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19) ²	105,7	116,4	123,2	126,7	38,1	42,7	43,3	37,8

1) leczeni w poradniach zdrowia psychicznego

2) leczeni w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień

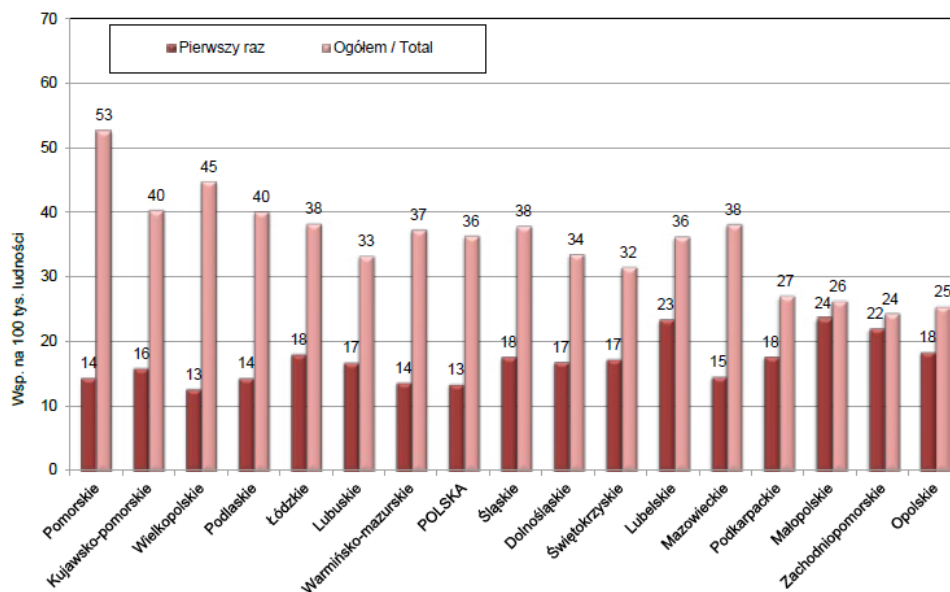
Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Rycina 1 przedstawia różnice rozmiaru problemów zaburzeń psychicznych spowodowanych zaburzeniami nastroju i wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej w poszczególnych województwach. Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców

²⁰ <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>

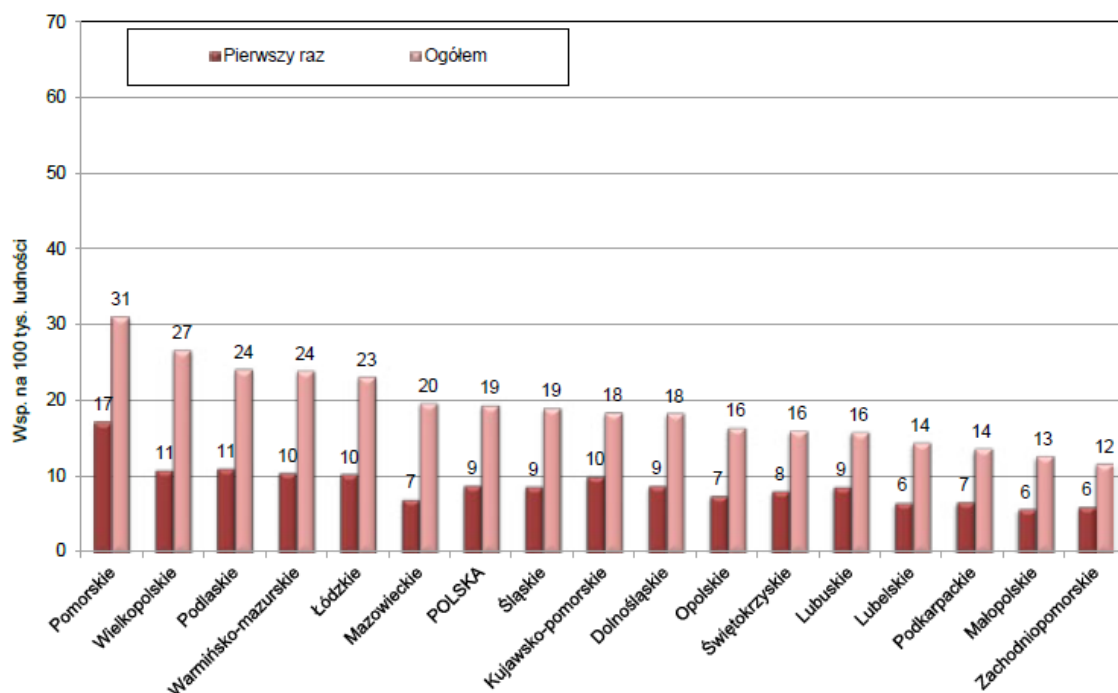
poszczególnych województw w 2020 r. wynosiła od $24/10^5$ ludności w woj. zachodniopomorskim do $53/10^5$ tys. w województwie pomorskim. Jednym z województw w którym odnotowano wysoką częstość hospitalizacji było województwo podlaskie. Dotyczyło to także osób leczonych po raz pierwszy.

Rycina 1 Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń nastroju według województwa zamieszkania, 2020 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)



Rycina 2 przedstawia różnice w występowaniu zaburzeń psychicznych spowodowanych depresją i wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej w poszczególnych województwach. Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców w poszczególnych województw wynosiła od $12/10^5$ ludności w woj. zachodniopomorskim do $31/10^5$ w województwie pomorskim. Wysoką częstością hospitalizacji charakteryzowały się województwa: wielkopolskie – $27/10^5$, podlaskie – $24/10^5$, warmińsko-mazurskie – $24/10^5$ i łódzkie – $23/10^5$. Dotyczyło to także osób leczonych po raz pierwszy.

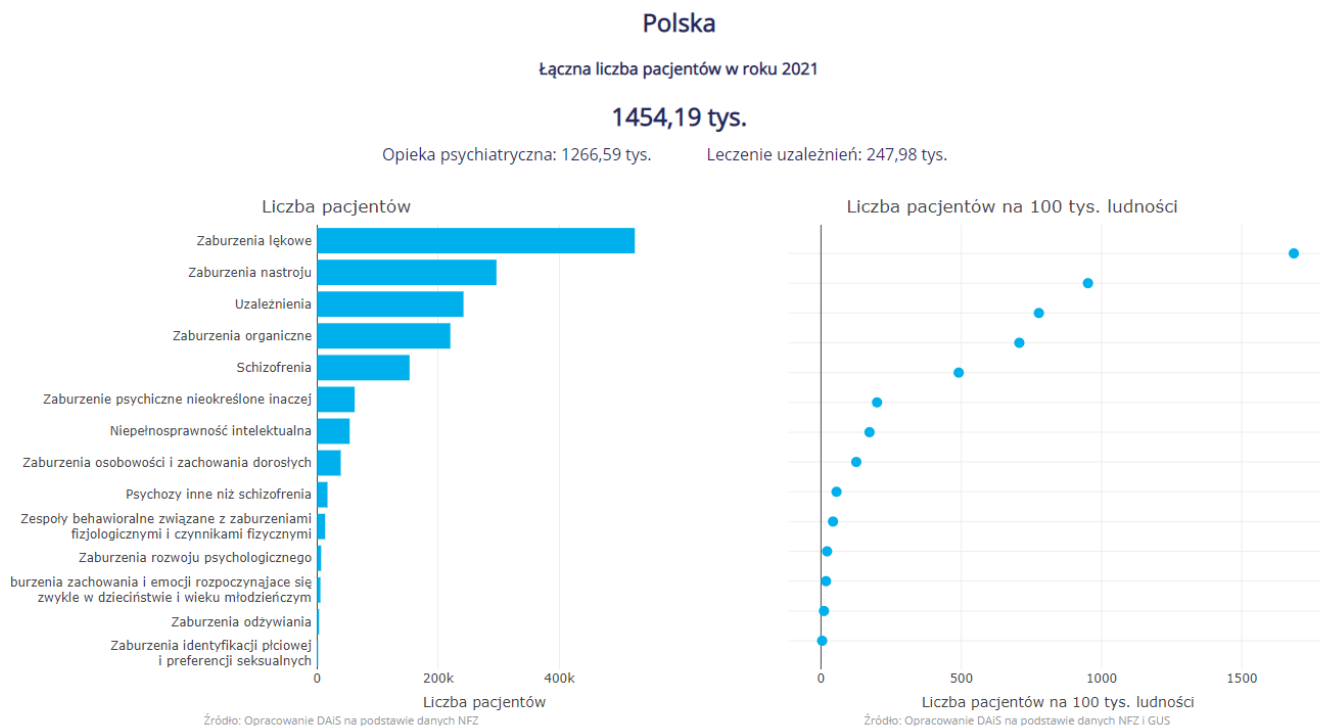
Rycina 2 Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu depresji według województwa zamieszkania, 2020 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)



Z danych przedstawionych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, Mapy potrzeb zdrowotnych, wynika, że w Polsce w 2021 r. łączna liczba pacjentów w opiece psychiatrycznej wynosiła 1 454,19 tys., z czego u 524 820 pacjentów stwierdzono zaburzenia lękowe (współczynnik chorobowości wyniósł $1\,685,23/10^5$), u 296 340 stwierdzono zaburzenia nastroju (współczynnik chorobowości wyniósł $951,58/10^5$), u 241 870 stwierdzono uzależnienia (współczynnik chorobowości wyniósł $776,66/10^5$). W województwie podlaskim łączna liczba pacjentów w 2021 r. w opiece psychiatrycznej wyniosła 53,13 tys.

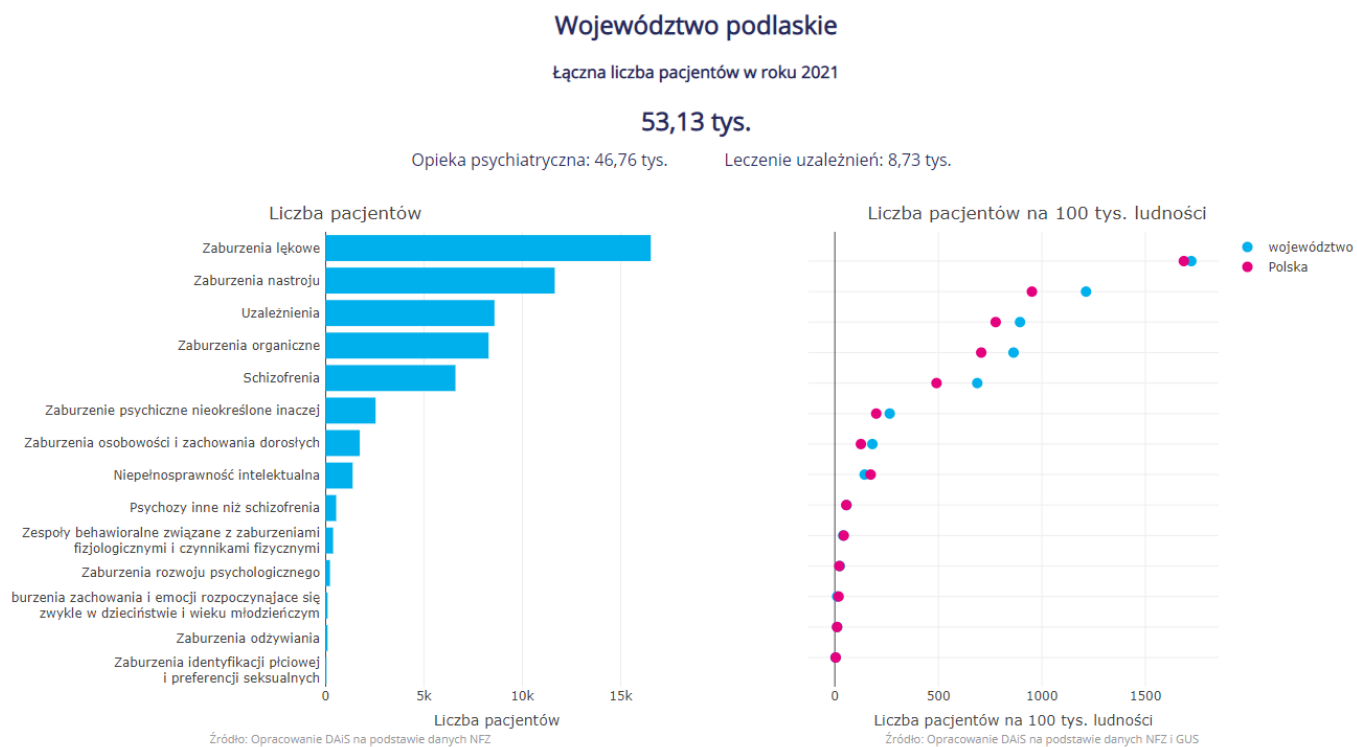
Na pierwszym miejscu wśród rozpoznań były zaburzenia lękowe - 16 537 pacjentów (wsp. chorobowości $1\,721,23/10^5$), na drugim miejscu zaburzenia nastroju - 11 655 (wsp. chorobowości $1\,213,09/10^5$), na trzecim miejscu znalazły się uzależnienia - 8 591 (wsp. chorobowości $894,18/10^5$) (rycina 3 i 4).

Rycina 3 Łączna liczba pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej i współczynnik chorobowości według rozpoznań w Polsce w 2021 roku



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

Rycina 4 Łączna liczba pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej i współczynnik chorobowości według rozpoznań w Polsce w 2021 roku



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

Przedstawione dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują na pilną potrzebę wdrożenia do realizacji „Programu polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat”.

Przedmiotowy Program obejmuje działania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej zaburzeń psychicznych, w szczególności zaburzeń lękowych i nastroju, oraz profilaktyki drugorzędowej, która ukierunkowana będzie na działania z zakresu wczesnego wykrycia i leczenia wspomnianych zaburzeń. Założenia niniejszego Programu będą stanowiły wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych, np. poprzez zwiększenie dostępności do świadczeń psychoterapeutycznych.

Ponadto w ramach niniejszego Programu zaplanowano interwencję „szkolenie z treningu umiejętności DBT”, która pozytywnie wpłynie na dostępność tego typu świadczeń, co jest zgodne z kierunkiem działań ujętych w Strategii deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi będącej załącznikiem nr 2 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”

1.3. Opis obecnego postępowania

Podstawą prawną do realizacji działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dotychczas był Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 przyjęty Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz. U. 2017 poz. 458). Celami głównymi NPOZP było zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego będzie kontynuowany w kolejnych latach tj. 2023-2030, który w styczniu 2023 r. został przekazany do konsultacji publicznych.

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej są realizowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.). 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.

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.

Ponadto w związku z epidemią COVID-19, w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii skierowanie, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285, z późn. zm.), nie było wymagane skierowanie do świadczeń psychologicznych dla dorosłych, co zostało uregulowane w art. 30 ustawy 19 z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493, z późn. zm.)

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 są najczęściej jednostką organizacyjną szpitala psychiatrycznego, Poradni Zdrowia Psychicznego lub Zakładu Opieki Zdrowotnej. Podstawową formą kontaktu są wizyty domowe. Zespoły Leczenia Środowiskowego pełnią niezwykle istotną funkcję w środowiskowym modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W Polsce zmienia się leczenie psychiatryczne z izolacyjnego na środowiskowe. W ramach pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego powstało 71 centrów zdrowia psychicznego (CZP), w tym w województwie podlaskim w Suwałkach, Białymstoku, Hajnówce, Grajewie i Łomży. Centrum udziela 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:

- w ramach CZP typu A:

1) stacjonarnych

a) psychiatrycznych,

b) w miejscu udzielania pomocy doraźnej,

2) dziennych psychiatrycznych,

3) ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego).

- w ramach CZP typu B:

1) dziennych psychiatrycznych,

2) ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego)²¹.

Dane NFZ wskazują, że świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji miało udzielone w 2021 r. 682 tys. pacjentów. Świadczenia z rozpoznaniem głównym depresji najczęściej były udzielane w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w poradniach

²¹<https://czp.org.pl/wpcontent/uploads/2022/02/222Standardorganizacyjnyopiekizdrowotnejwcentrachzdrowiapsychicznegozalozeniaprojektu.pdf>

psychiatrycznych. Refundowane leki przeciwdepresyjne (stosowane w depresji, ale również innych zaburzeniach psychicznych) wykupiło w 2021 r. 1,5 mln osób i było to o 59% więcej niż w 2013 r. Zwraca uwagę rosnąca liczba osób poniżej 18. r.ż., które zrealizowały receptę na refundowane leki przeciwdepresyjne. Wartość refundacji tych leków wyniosła w 2021 r. 191 mln zł²².

W województwie podlaskim pod względem rozmieszczenia form opieki w zakresie psychiatrii dla dorosłych mimo dość dobrej dostępności do poradni zdrowia psychicznego (poradnie są w każdym powiecie/aglomeracji), większość mieszkańców województwa pozbawiona jest możliwości korzystania z pozostałych form leczenia blisko miejsca zamieszkania. Aby leczenie kompleksowe było skuteczne, wszystkie formy leczenia muszą być zlokalizowane blisko miejsca zamieszkania²³.

Istnieje wiele metod leczenia depresji i zaburzeń lękowych. Najpopularniejszą i podstawową jest farmakoterapia lekami przeciwdepresyjnymi. Oprócz tego w leczeniu wykorzystuje się psychoterapię indywidualną, w różnych nurtach. Ta forma psychoterapii jest korzystna w przypadku, gdy pacjent boryka się z konkretnym problemem lub nawykiem, mającym wpływ na codzienne funkcjonowanie i relacje z otoczeniem.

Najbardziej popularnym nurtem jest psychoterapia psychodynamiczna, która polega na doprowadzeniu do takich zmian w przeżywaniu emocjonalnym i funkcjonowaniu, aby ustąpiły bądź obniżyły swoje nasilenie objawy zaburzeń. Polega na zmianie nie tylko zachowania, ale przede wszystkim koncentruje się na zmianie głębokich struktur osobowościowych.

Kolejnym rodzajem jest psychoterapia poznawczo-behawioralna, która zakłada, że ludzkie zachowania i emocje zależą od wyuczonego schematu reagowania na otaczający nas świat i sytuacje, które nam się przydarzają.

Inną formą psychoterapii jest psychoterapia Gestalt, która w dużej mierze opiera się o dialog egzystencjalny. Prowadzony on jest pomiędzy pacjentem a terapeutą. W ten sposób pacjent dowiadyuje się w jaki sposób powstają emocje, a także uczy się je rozpoznawać. Chodzi o zrozumienie, że zmiana, do której się dąży to po prostu samoakceptacja.

Wyróżnić należy również terapię psychoanalityczną, która skupia się na znalezieniu w psychice pacjenta różnych nieuświadomianych przez niego konfliktów psychicznych, na skutek, których doświadcza trudności w życiu codziennym, czy nawet zaburzeń psychicznych.

²² NFZ – Raport o zdrowiu – Depresja <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>

²³ Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 Wnioski i Rekomendacje Dla Województwa Podlaskiego

Psychoterapia grupowa przeznaczona jest dla osób, które borykają się z problemami w kontaktach międzyludzkich. Uczestnikami psychoterapii grupowej najczęściej są osoby o zbliżonych problemach i doświadczeniach. Spotkania skoncentrowane na określonym obszarze trudności przybliżają uczestników do siebie i sprzyjają nawiązywaniu relacji. Psychoterapia grupowa to zwielokrotnione wsparcie, otrzymywane od terapeuty i pozostałych uczestników spotkań. Również w tym przypadku sesje mogą mieć charakter krótko- lub długoterminowy²⁴.

W ostatnich latach można dostrzec wzrost zainteresowania specjalistycznym wsparciem za pośrednictwem Internetu. Wirtualne formy pomocy (e-pomoc) to stosunkowo świeże zjawisko w polskim społeczeństwie, jednak połączenie profesjonalnych metod terapii z nowoczesną technologią zyskuje coraz większe grono zwolenników. Zdarza się, że e-terapia nie jest w stanie w pełni zastąpić bezpośredniej sesji w gabinecie psychoterapeutycznym, jednak w przypadku długoterminowej niedyspozycji pacjenta lub braku możliwości uczestnictwa w spotkaniach indywidualnych lub grupowych, ta forma kontaktu wydaje się być bardzo korzystna. Wirtualne gabinety psychoterapeutyczne okazały się wielkim dobrodziejstwem i ratunkiem, gdyż w wyniku pandemii COVID-19 nastąpiło zamknięcie stacjonarnych placówek i gabinetów psychoterapii. Niewykluczone jest łączenie farmakologii z psychoterapią²⁵.

Jeśli objawy są bardzo nasilone, pacjent jest samotny i nie jest w stanie sam funkcjonować, istnieje ryzyko popełnienia samobójstwa lub konieczność podania większych dawek leków niż jest to dopuszczalne w warunkach ambulatoryjnych, lekarz może zaproponować hospitalizację.

Wprowadza się także leczenie światłem, głęboką stymulację mózgu, zabiegi elektrowstrząsowe (w ciężkich depresjach lekoopornych) oraz nowe formy leczenia, które kładą nacisk na oddziaływania psychoterapeutyczne, socjoterapeutyczne. Niektóre osoby z zaburzeniami lękowymi mogą skorzystać z dołączenia do grupy samopomocy lub grupy wsparcia i dzielenia się swoimi problemami i osiągnięciami z innymi. Grupy wsparcia są dostępne zarówno stacjonarnie, jak i online. Występują także techniki radzenia sobie ze stresem, trening umiejętności społecznych, trening farmakoterapii, trening kontroli złości,

²⁴ Wiesław Sikorski, PSYCHOTERAPIA WYBRANE FORMY I TECHNIKI
[whttps://dbc.wroc.pl/Content/7719/PDF/Psychoterapia%20poprawnaW.Sikorski.pdf](https://dbc.wroc.pl/Content/7719/PDF/Psychoterapia%20poprawnaW.Sikorski.pdf)

²⁵P. Gałecki, A. Szulc, Psychiatria, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, s.247-248.

ćwiczenia uważności i medytacja, które również mogą zmniejszyć objawy lękowe i wzmocnić efekty psychoterapii²⁶.

Obecnie uważa się, iż psychoedukacja stanowi podstawową interwencję terapeutyczną w nowoczesnym leczeniu wszystkich zaburzeń psychicznych, ze szczególnym uwzględnieniem tych najcięższych, przebiegających przewlekłe, często nawracających (np. depresja, schizofrenia, zaburzenie afektywne dwubiegunowe, zaburzenia lękowe). Psychoedukacja jest umacniającym treningiem, którego celem jest promowanie świadomości i postawy proaktywnej, dostarczanie narzędzi do obchodzenia się, radzenia sobie i życia z przewlekłą chorobą (tj. zwiększania współpracy w leczeniu, rozpoznawania wczesnych oznak nawrotów, kształtowania stylu życia, radzenia sobie z kryzysami, poprawie komunikacji) i zmiana zachowań oraz nastawień związanych z chorobą. Psychoedukacja zamienia winę na odpowiedzialność, bezradność na proaktywną troskę, a zaprzeczanie na świadomość²⁷.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i miernik efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki pierwotnej oraz profilaktyki wtórnej zaburzeń lękowych i nastroju, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 70% uczestników programu.

Za uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy uznaje się sytuację, w której 70% uczestników poszczególnych interwencji udzieli min. 90% poprawnych odpowiedzi w post-teście.

Przyjmując wartość docelową dla celu głównego uwzględniono fakt, iż edukacja zdrowotna prowadzona będzie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie, co zapewnia jej skuteczność.

2.2. Cele szczegółowe

1. Wzrost poziomu wiedzy, u co najmniej 80% uczestników interwencji nr 2 na temat pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi (min. 90% poprawnych odpowiedzi w post-teście),

²⁶ <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness>

²⁷ dr n. med. Bartosz Grabski, dr n. med. Grzegorz Mączka

<https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/psychoedukacja-znaczenie-w-leczeniu-zaburzen-psychicznych/>

2. Wzrost poziomu wiedzy, u co najmniej 80% uczestników interwencji nr 3 w zakresie założeń/zasad prowadzenia treningu umiejętności DBT (min. 90% poprawnych odpowiedzi w post-teście),

3. Wzrost poziomu wiedzy, u co najmniej 80% uczestników interwencji nr 4 w zakresie zasad/metod postępowania w sytuacjach kryzysowych (min. 90% poprawnych odpowiedzi w post-teście).

Przyjmując wartość docelową dla celów szczegółowych uwzględniono, iż edukacja zdrowotna prowadzona będzie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje oraz doświadczenie, co jest jednym z czynników warunkujących skuteczność edukacji zdrowotnej. Właściwie prowadzona edukacja zdrowotna stanowi jeden z ważnych elementów działań profilaktycznych.

2.3. Mierniki efektywności realizacji

Cel	Mierniki
Główny	Odsetek osób (uczestników interwencji nr 2, 3 i 4) u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy 1	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test na temat pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.
Szczegółowy 2	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test w zakresie założeń/zasad prowadzenia treningu umiejętności DBT.
Szczegółowy 3	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test w zakresie zasad/metod postępowania w sytuacjach kryzysowych.

3. Charakterystyka populacji docelowej

3.1. Populacja docelowa

Liczba mieszkańców województwa podlaskiego w końcu 2021 r. wynosiła 1 165 262 osób (567 453 mężczyzn, 597 809 kobiet), co stanowiło 3,06% ogółu ludności Polski.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) liczba osób w przedziale wiekowym 18-64 lat w województwie podlaskim w 2021 r. wynosiła 744 353 osób.

Biorąc po uwagę zaplanowany budżet Programu, populacja możliwa do włączenia do Programu, który realizowany będzie w latach 2024-2026 wyniesie 315 osób w zakresie opisanych dalej interwencji nr 2, 3 i 4.

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie oraz kryteria wyłączenia z Programu

Kryteria włączenia

Interwencja	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Nr 2 szkolenie „Praca z osobą z zaburzeniami psychicznymi”	- osoby wykonujące zawód: pracownik socjalny, asystent rodziny, kurator sądowy zawodowy, kurator społeczny, terapeuta środowiskowy i zajęciowy, przedstawiciel/członek ngo - miejsce zamieszkania na terenie województwa podlaskiego - wyrażenie zgody na udział w Programie	- osoby wykonujące inne zawody, niż wymienione w kryteriach włączenia - miejsce zamieszkania poza terenem województwa podlaskiego - nie wyrażenie zgody na udział w Programie
Nr 3 szkolenie "Jak prowadzić trening DBT"	- osoby wykonujące zawód: psychologa, psychoterapeuty, psychiatry, terapeuty środowiskowego i zajęciowego, pracownika socjalnego - doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi - miejsce zamieszkania na terenie województwa podlaskiego	- osoby wykonujące inne zawody, niż wymienione w kryteriach włączenia - brak doświadczenia zawodowego w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi - miejsce zamieszkania poza terenem województwa podlaskiego

Nr 4 psychoedukacja	<ul style="list-style-type: none"> - osoby w wieku 18-64, - rozpoznanie przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii zaburzeń lękowych i/lub nastoju tj. F33, F34, F40, F41, F42, F45 - miejsce zamieszkania na terenie województwa podlaskiego, - osoby niebędące w procesie terapii grupowej i/lub indywidualnej finansowanej ze środków publicznych - wyrażenie zgody na udział w Programie 	<ul style="list-style-type: none"> - osoby poniżej 18 roku życia i powyżej 64 roku życia, - brak rozpoznania przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii zaburzeń lękowych i/lub nastoju tj. F33, F34, F40, F41, F42, F45, - miejsce zamieszkania poza terenem województwa podlaskiego, - osoby będące w procesie terapii grupowej i/lub indywidualnej finansowanej ze środków publicznych, - nie wyrażenie zgody na udział w Programie
---------------------	---	---

3.3. Planowane interwencje oraz etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów

Interwencja nr 1 działania informacyjno-edukacyjne

Działania informacyjno-edukacyjne mające na celu zapewnienie zgłaszalności do Programu, skierowane będą do osób w grupach wieku objętych Programem (kampania informacyjna w lokalnych mediach tj. TV, radio, informacje na stronach internetowych realizatora oraz na portalu informacyjnym Samorządu Województwa Podlaskiego, informacje w portalach społecznościowych).

Działania informacyjne skierowane będą do podmiotów, których pracownicy mają styczność z osobami z zaburzeniami psychicznymi, w tym depresyjnymi oraz lękowymi tj. ośrodków pomocy społecznej, sądów, poradni zdrowia psychicznego, szpitali psychiatrycznych, podmiotów działających w sferze pożytku publicznego i wolontariatu. Wśród sposobów rozpowszechnienia informacji o szkoleniach zaleca się wykorzystanie między innymi drogi pocztowej i mailowej oraz telefonicznej, natomiast ostatecznie zależne będą od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonym projekcie.

Interwencja nr 2 szkolenie pracowników socjalnych, asystentów rodziny, kuratorów sądowych zawodowych i społecznych, terapeutów środowiskowych i zajęciowych, przedstawicieli ngo - „Praca z osobą z zaburzeniami psychicznymi”

Program zakłada szkolenie pracowników socjalnych, asystentów rodziny, kuratorów sądowych zawodowych i społecznych, terapeutów środowiskowych i zajęciowych, przedstawicieli ngo. Szkolenie umożliwi poszerzenie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, co przyczyni się do wzrostu świadomości na temat funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zwiększenia komfortu pracy z nimi. Celem szkolenia będzie nabycie przez uczestników kompetencji dotyczących budowy wzajemnych relacji, ukształtowanie postaw mających na celu zrozumienie osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz podjęcie skutecznej interwencji. Uczestnicy zapoznani zostaną ze standardami jakimi należy się kierować przy pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Szkolenie będzie składało się z dwóch części teoretycznej i praktycznej. Przewiduje się zorganizowanie dwóch spotkań, które będą obejmowały co najmniej 6 h szkoleniowych. Program szkolenia będzie obejmował co najmniej wymienione poniżej zagadnienia:

1. Część I teoretyczna - Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych, w szczególności zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych:
 - etiologia,
 - rozpowszechnienie,
 - objawy kliniczne,
 - przebieg, leczenie.

2. Część II praktyczna - Standardy pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.
 - trudne sytuacje w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, budowanie kontaktu i utrzymanie relacji,
 - sposoby komunikacji z osobami z zaburzeniami psychicznymi,
 - praca z rodziną osoby z zaburzeniami psychicznymi,
 - interwencja w sytuacjach nagłych i zagrożonych samobójstwem.

Do wiodących metod pracy będą należeć metody aktywizujące, przede wszystkim: studium przypadku, ćwiczenia, dyskusja oraz burza mózgów.

Szkolenia realizowane będą w trybie dwudniowym, obejmując łącznie co najmniej 12 godzin edukacyjnych, część I teoretyczna (6h) w dwóch grupach po 75 osób, część II praktyczna (6h) w grupach 25 osobowych, łącznie 150 osób. Realizator zapewni, że szkolenia – część I teoretyczna prowadzona będzie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii posiadających co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy w jednostce ochrony zdrowia. Część II praktyczna prowadzona będzie przez osoby, które świadczą usługi na rzecz pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

W ramach przeprowadzonej oceny efektywności szkoleń realizator opracuje zestaw pytań weryfikujących wiedzę uczestników przed i po szkoleniu oraz przeprowadzi anonimową ankietę ewaluacyjną dotyczącą organizacji szkolenia i przekazywanych treści. Zostaną podsumowane przez wprowadzenie do arkusza programu Excel i przekazane koordynatorowi w formie elektronicznej, bądź papierowej. Oceny podlegać będzie wśród uczestników jakość przeprowadzonych działań. Uczestnicy otrzymają również certyfikaty potwierdzające odbycie szkolenia.

Interwencja nr 3 szkolenie "Jak prowadzić trening DBT"

Szkolenie skierowane będzie do psychologów, psychoterapeutów, lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, terapeutów środowiskowych i zajęciowych, pracowników socjalnych. Szkolenie będzie składało się z dwóch części: część 1 - Wprowadzenie do terapii DBT oraz część 2 – Jak prowadzić trening umiejętności DBT.

Część 1 będzie obejmowała następujące zagadnienia:

- podstawy i założenia terapii dialektyczno-behawioralnej,
- podstawowe interwencje i strategie terapeutyczne wykorzystywane w trakcie spotkań indywidualnych,
- zasady angażowania uczestników w terapię,
- zasady rozwiązywania problemów pojawiających się w trakcie procesu terapeutycznego,
- zasady monitorowania i reagowania w sytuacjach kryzysu i ryzyka samobójczego,
- pojęcie terapii opartej na zasadach: podstawowe umiejętności równoważenia akceptacji i zmiany w terapii, komunikacji wzajemnej i bezceremonialnej, uprawomocnienia i rozwiązywania problemów.

Celem części 2 będzie przygotowanie uczestników do przeprowadzania (współprowadzenia) własnych treningów umiejętności DBT oraz przybliżenie umiejętności terapii Dialektyczno-Behawioralnej z czterech obszarów tj. uważność, regulacja emocji, umiejętności

interpersonalne oraz tolerancja dolegliwości psychicznych. Udział w szkoleniu umożliwi uczestnikom zapoznanie się z podstawami i założeniami Terapii Dialektyczno-Behawioralnej, znajomość struktury treningu i podstawowych umiejętności DBT, umiejętność stosowania coachingu telefonicznego.

W ramach niniejszego Programu planuje się przeszkolenie 15 osób.

Czas trwania szkolenia 6 dni szkoleniowych, 2 spotkania po 3 dni (60 godzin dydaktycznych)

Kwalifikacje osób prowadzących: certyfikowani psychoterapeuci poznawczo-behawioralni, terapeuci DBT po całościowym szkoleniu DBT comprehensive.

Interwencja nr 4 psychoedukacja

Program zakłada wsparcie 150 osób, u których stwierdzono występowanie zaburzeń nastroju i/lub zaburzeń lękowych. W ramach omawianej interwencji założono dla każdego uczestnika następujący harmonogram:

1. Pierwsza konsultacja psychiatryczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, która będzie obejmowała:
 - badanie podmiotowe oraz przedmiotowe, w tym przeanalizowanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, jeżeli ją posiada, w tym weryfikację rozpoznania F32, F33, F34 lub F40, F41, F42, F43, F45 lub postawienie diagnozy w związku z występującymi zaburzeniami,
 - uzyskanie od uczestnika niezbędnych oświadczeń i zgody na udział w Programie,
 - wydanie zaleceń lekarskich na piśmie.

Przykładowe narzędzia diagnostyczne do diagnozy zaburzeń depresyjnych:

- Skala depresji Becka,
- DKO – skala depresyjności,
- MMPI – skala depresyjności,
- Skala Hamiltona (w skrócie: HAM-D :D),
- Skala depresji Montgomery-Asberg,
- Kwestionariusz Ogólnego Zdrowia Psychicznego GHQ Goldberga.

Przykładowe narzędzia wykorzystywane do diagnozy zaburzeń lękowych:

- Kwestionariusz CISS,

- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI,
- Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006 Aleksandrowicza.

Realizator Programu dokona wyboru narzędzi diagnostycznych celem weryfikacji rozpoznania F32, F33, F34 lub F40, F41, F42, F43, F45 lub postawienia diagnozy w związku z występującymi zaburzeniami.

2. Grupowy trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT)

Trening umiejętności jest jednym z 4 trybów w terapii dialektyczno-behawioralnej. Do pozostałych trybów zalicza się terapię indywidualną, wsparcie telefoniczne, spotkania konsultacyjne zespołu terapeutycznego (koleżeńska superwizja)²⁸.

Grupowy trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej nie jest tożsamy z terapią grupową. Celem spotkań nie jest omawianie sytuacji życiowej każdego z uczestników, czy analiza wzajemnych wypowiedzi, zachowań, a nie udzielanie rad, chyba że ktoś o nie poprosi.

Trening umiejętności dzieli się na 4 moduły które dotyczą różnych obszarów trudności napotykanymi w codziennym życiu:

- moduł I „UWAŻNOŚĆ” – jest to tzw. moduł baza, który stanowi podstawę kolejnych modułów. Moduł ten polega na świadomym i intencjonalnym skupieniu uwagi na chwili obecnej bez oceniania. Uczestnicy nabywają umiejętności zauważania i obserwowania swoich emocji, co daje możliwość ich regulacji. Uwaga pomaga zmniejszyć reaktywność na zdarzenia psychiczne, co oznacza, iż łatwiej jest kontrolować impulsywne reakcje.
- moduł II „SKUTECZNOŚĆ INTERPERSONALNA” – moduł ten skupia się na relacjach i funkcjonowaniu jednostki w społeczeństwie. Celem modułu jest konfrontacja jednostki z przekonaniami (mitami) o własnej osobie, które mogą utrudniać codzienne życie wśród innych ludzi. Ta część treningu uczy: asertywności tj. proszenia, odmawiania, stawiania granic, dbania o aktualne relacje, budowania nowych relacji oraz pokazuje, jak kończyć relacje destrukcyjne.
- moduł III „UMIĘTNOŚĆ REGULOWANIA EMOCJI” – celem modułu jest nauka regulowania emocji, nazywania emocji, poznawanie sposobów działania pod wpływem emocji. Nauka regulowania emocji odbywa się poprzez zapoznanie uczestników z następującymi

²⁸ <https://www.terapiadbtp.pl/trening-umiejtnosc-w-terapii-dialektyczno-behawioralnej/>

zagadnieniami: identyfikowanie i nazywanie emocji, adaptacyjna funkcja emocji, rozumienie emocji, emocje pierwotne i wtórne, regulacja siły emocji, zmiana bolesnych emocji²⁹.

- moduł IV „PRZETRWANIE KRYZYSU / AKCEPTACJA RZECZYWISTOŚCI – celem modułu jest nauka umiejętności przetrwania sytuacji kryzysowej, jak również nauka akceptowania trudnej, przedłużającej się sytuacji (niebędącej kryzysem), której z różnych powodów jednostka nie może zmienić.

Organizacja treningu umiejętności

Każdy moduł będzie realizowany przez 8 tygodni – 8 spotkań ogółem, 1 raz w tygodniu, czas trwania spotkania to 2h. Każdy moduł będzie prowadzony jednocześnie przez 2 osoby posiadające stosowne kwalifikacje. Czas trwania treningu ogółem to 32 tygodnie, w sumie 64 h treningowe.

Realizator Programu zapewni uczestnikom niezbędne do treningu materiały. Podczas pierwszego spotkania osoby prowadzące przedstawią zasady i założenia treningu, zapoznają uczestników z tematyką danego modułu oraz ustalą cele, do których będą dążyć uczestnicy. Na kolejnych spotkaniach osoby prowadzące będą zapoznawać uczestników z nowym materiałem, przeprowadzą ćwiczenia oraz zlecają zadanie do wykonania w domu. Ostatnie spotkanie w ramach poszczególnych modułów będzie miało charakter podsumowujący.

3. Spotkania z psychologiem

Głównym celem spotkań z psychologiem będzie udzielenie wsparcia osobom, które zakwalifikowane zostaną do interwencji nr 4. Podczas spotkań możliwe będzie omówienie problemów, których doświadczają uczestnicy, co może skutkować zmniejszeniem poczucia lęku, poprzez wypracowane z psychologiem metody postępowania w przyszłości. Zaplanowano 3 spotkania z psychologiem.

4. Druga konsultacja psychiatryczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii

²⁹ J. M. Jaraczewska, A. M. Derwich, Zastosowanie elementów terapii dialektyczno-behawioralnej i terapii schematów w profilaktyce uzależnień behawioralnych, Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”, Toruń 2021

Będzie to wizyta podsumowująca, na której pacjent otrzymuje wytyczne dotyczące dalszego postępowania zdrowotnego, zostaje poinformowany o możliwości leczenia w warunkach świadczeń gwarantowanych i wypełnia ankietę satysfakcji. Przykładowa ankieta stanowi załącznik do niniejszego Programu.

5. Warsztaty terapii zajęciowej

Comiesięczne spotkania, mające na celu integrację osób zakwalifikowanych do interwencji nr 4 z osobami dla nich najbliższymi, poprzez wspólne warsztaty zajęciowe. W ramach warsztatów planuje się wyjścia integracyjne, różne metody terapeutyczne w tym arteterapie, muzykoterapie i inne. Warsztaty prowadzone będą przez dwóch terapeutów zajęciowych, mających odpowiednie kompetencje.

Warsztaty terapii zajęciowej z współuczestnictwem najbliższych osób to część programu terapeutycznego, który ma na celu poprawę relacji w najbliższym środowisku pacjenta i funkcjonowanie w społeczeństwie poprzez wykorzystywanie różnych form aktywności zawodowych i rekreacyjnych. Podczas warsztatów terapeuta prowadzący, dzięki różnorodnym technikom i narzędziom terapeutycznym, pomaga uczestnikom w zrozumieniu swoich wzajemnych relacji, rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych i budowaniu zaufania. Wspólna praca nad różnymi zadaniami i projektami dodatkowo poprawia kohezję środowiska, w którym pacjenci przebywają najdłuższy czas. Pozwala również na rozwijanie umiejętności, zdolności oraz integrację z otoczeniem poprzez aktywności praktyczne, manualne i artystyczne. Istnieją różne rodzaje warsztatów terapii zajęciowej, w zależności od dziedziny pracy i potrzeb osób korzystających z tych usług. W programie przewiduje się warsztaty arteterapii - oparte na sztuce, które mają na celu wyrażanie emocji i przeżyć przez twórcze działanie oraz warsztaty terapii zajęciowej oparte na aktywności fizycznej, które mają na celu poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, łagodzenie napięcia i poprawę samopoczucia. W przypadku zaburzeń lękowych i depresyjnych ważne jest przekraczanie granic społecznych, dlatego wprowadzona będzie także terapia zajęciowa społeczna, która polega na umożliwieniu pacjentowi kontaktu z innymi ludźmi oraz rozwijaniu umiejętności społecznych. W ramach tej terapii pacjenci uczestniczą w różnych aktywnościach, takich jak spotkania integracyjne, czy gry zespołowe.

W ramach Programu planuje się zorganizowanie następujących warsztatów:

I – Wykonywanie prac tematycznych np. ozdób świątecznych,

- II – Integracja poprzez sport np. spotkanie w parku linowym,
- III – Rękodzielnicza technika zaplatania sznurków - tworzenie makram,
- IV – Mój styl – tworzenie toreb bawełnianych,
- V – Integracja grupowa poprzez zdrową rywalizację np. spotkanie w kręgielni,
- VI – Recykling – przetwarzanie rzeczy nieużytecznych w użyteczne,
- VII – Arteterapia poprzez elementy – tworzenie witraży,
- VIII – Kontakt z naturą – spotkanie integracyjne w plenerze.

Interwencja skierowana będzie do osób niebędących w procesie terapii grupowej i/lub indywidualnej finansowanej ze środków publicznych w chwili przystąpienia do Programu, w celu uniknięcia podwójnego finansowania. Interwencja ta będzie stanowiła wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu świadczeń gwarantowanych.

Dowody naukowe, rekomendacje oraz wytyczne działań planowanych w ramach Programu

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). Baza danych Cochrane (uznawana za najbardziej wiarygodny organ oceny badań) stwierdził, że "DBT jest pomocne dla osób z BPD. Efekty obejmowały zmniejszenie niewłaściwej złości, zmniejszenie samookaleczeń i poprawę ogólnego funkcjonowania. Ogólnie było 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)".³⁰

³⁰ <https://emocje.pro/skuteczność-terapii-dialektyczno-behawioralnej-psychoterapia-dbt/>

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 niebehavioralnych (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 towarzyszących 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), DBT zostało stworzone z myślą o leczeniu osób z zaburzeniami osobowości typu borderline, jednak wykazano jego skuteczność w wielu innych problemach natury zdrowia psychicznego. Wykazano skuteczność oddziaływań w leczeniu: Zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD) DESNOS związany z wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie, głębokiej depresji, w tym: depresji odpornej na leczenie, starszych dorosłych z przewlekłą depresją i co najmniej jednym zaburzeniem osobowości CHAD, zaburzeń odżywiania³¹. Zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej uznane źródło niepełnosprawności i kosztów w opiece zdrowotnej, jest działaniem wysoce umotywowanym (Merry 2007);

W zakresie redukcji objawów depresyjnych przed/po interwencji, w metaanalizie wyników programów celowanych (5 programów) wykazano istotną statystycznie poprawę: $SMD=-0,26$ (95% CI -0,40 do -0,13). Choć programy uniwersalne (3 programy) nie wykazały istotnej statystycznie efektywności, metaanaliza ich wyników w porównaniu z wynikami programów celowanych wykazała $SMD=-0,26$ (95% CI -0,36 do -0,15). Metaanaliza redukcji objawów depresyjnych ocenianych w dłuższym czasie obserwacji nie wykazała istotnych statystycznie różnic, choć 1 program celowany, oceniany po 36 miesiącach był na granicy skuteczności: wykazał $SMD=-0,29$ (95% CI -0,56 do -0,01) (Merry 2007). W zakresie wskaźnika zapadalności na depresję, programy celowane (3 programy) wykazały się istotną statystycznie skutecznością tuż po interwencji: w metaanalizie różnica ryzyka $RD=-0,13$ (95%CI -0,22 do -0,05), podobnie jak w programach uniwersalnych. Po 12 miesiącach programy celowane, w odróżnieniu od uniwersalnych, osiągnęły graniczną istotną statystycznie efektywność $RD=-0,12$ (95%CI -0,24 do -0,01), po 24 i 36 miesiącach nie udało się wykazać istotnego

³¹ <https://emocje.pro/skuteczność-terapii-dialektyczno-behawioralnej-psychoterapia-dbt/>

statystycznie efektu (Merry 2007). Programy celowane są efektywniejsze niż uniwersalne i selektywne (choć należy docenić wartość niektórych, dobrze poprowadzonych programów uniwersalnych). Interwencje prowadzone przez profesjonalistów są skuteczniejsze, choć mogą być droższe niż prowadzone przez nauczycieli (Calear 2009)³².

W wyniku przeprowadzonej metaanalizy, która dotyczyła badań nad związkiem ćwiczeń opartych na uważności z poziomem lęku i depresji stwierdzono, że regularny trening uważności obniża poziom depresji i lęku, również bez udziału innych interwencji terapeutycznych³³.

Zgodnie z pracą Cuijpersa i wsp. dotyczącą profilaktyki depresji prewencja daje możliwość zredukowania chorobowości. Może być ona skierowana do całej populacji, do osób wysokiego ryzyka i do osób z początkowymi objawami. W ponad trzydziestu randomizowanych badaniach wykazano, że działania prewencyjne mogą zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowego dużego epizodu depresyjnego o około 25%. Metody o udowodnionej skuteczności to interwencje edukacyjne, psychoterapeutyczne, farmakologiczne, żywieniowe i dotyczące stylu życia. Metody prewencji charakteryzują się także korzystną efektywnością kosztową. Działania prewencyjne powinny skupiać się na czynnikach ryzyka rozwoju chorób psychicznych, takich jak zaburzenia snu, osamotnienie, zaniedbywanie i wykorzystywanie dzieci czy niepełnosprawność związana z innymi chorobami³⁴.

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 znamienych różnic pod względem skuteczności pomiędzy interwencjami, choć zaznaczył się trend w kierunku przewagi psychoterapii interpersonalnej nad terapią behawioralną-poznawczą³⁵.

³² <https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oozp/2022/OP-0025-2022.pdf>

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 <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1105077>

³⁵ <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2008.07091422>

3.4. Sposób udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach Programu

Wybór realizatora Programu przeprowadzony zostanie zgodnie z zapisami art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w drodze konkursu ofert.

Szczegółowy opis interwencji tj. tematyka szkoleń/treningu, czas trwania, częstotliwość opisane zostały w części 3.3 Planowane interwencje oraz etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów.

3.5. Sposób zakończenia udziału w Programie

Realizator dopuszcza zakończenie udziału w Programie na każdym jego etapie, np. w sytuacji złożenia przez uczestnika rezygnacji.

Uczestnicy interwencji nr 2 zakończą udział w Programie po zrealizowaniu szkolenia w wyniku którego otrzymają zaświadczenie o ukończeniu szkolenia.

Uczestnicy interwencji nr 3 zakończą udział w Programie po zrealizowaniu szkolenia w wyniku którego otrzymają:

- zaświadczenie o ukończeniu szkolenia/uczestnictwa w szkoleniu,

Uczestnicy interwencji nr 4 zakończą udział w Programie w sytuacji zrealizowania 2 konsultacji psychiatrycznych, 3 konsultacji psychologicznych, zrealizowania czterech modułów treningu umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej, a także po zakończeniu spotkań prowadzonych w ramach warsztatów terapii zajęciowej.

W przypadku zrealizowania wymienionych wyżej elementów składających się na interwencję nr 4 uczestnik:

- otrzymuje zalecenia co do dalszego postępowania,
- zostaje poinformowany o możliwościach korzystania ze świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej/psychologicznej dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych.

W przypadku złożenia przez uczestnika rezygnacji zostanie on poinformowany o:

- skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w Programie (brak uzyskania pełnej efektywności działań),
- zostaje poinformowany o możliwościach korzystania ze świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej/psychologicznej dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych.

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

Interwencja nr 1

Realizator nawiąże współpracę z przedstawicielami lokalnych mediów w celu przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych mające na celu zapewnienie zgłaszalności do Programu (kampania informacyjna w lokalnych mediach tj. TV, radio, informacje na stronach internetowych realizatora oraz na portalu informacyjnym Samorządu Województwa Podlaskiego, informacje w portalach społecznościowych).

Interwencja nr 2

W związku z zaplanowanymi szkoleniami organizator zapewni:

- niezbędną infrastrukturę celem realizacji zaplanowanych szkoleń,
- osoby prowadzące szkolenie posiadające następujące kwalifikacje: lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub psycholog specjalista w zakresie psychologii klinicznej oraz z kwalifikacjami w zakresie psychoterapii, lub osoby szkolące się w kierunku psychoterapii, posiadających co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem zaburzeń psychicznych afektywnych.

Interwencja nr 3

W związku z zaplanowanym szkoleniem organizator zapewni:

- niezbędną infrastrukturę celem realizacji zaplanowanych szkoleń,
- osoby prowadzące szkolenie posiadające następujące kwalifikacje: certyfikowani psychoterapeuci poznawczo-behawioralni, terapeuci DBT po całościowym szkoleniu DBT comprehensive

Interwencja nr 4

W związku z zaplanowanymi działaniami organizator zapewni:

- niezbędną infrastrukturę celem realizacji zaplanowanych szkoleń,
- osoby prowadzące szkolenie posiadające następujące kwalifikacje: osoby wykonujące zawód: psychologa, psychoterapeuty, psychiatry, terapeuty zajęciowego, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, którzy ukończyli szkolenie „Jak prowadzić trening DBT” oraz posiadający doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

4. Sposób monitorowania i ewaluacji

Monitoring Programu prowadzony będzie poprzez ocenę zgłaszalności w formie miesięcznych raportów, ocenę jakości podjętych interwencji w Programie – na podstawie ankiet satysfakcji uczestników z udziału w Programie oraz ocenę efektywności Programu – porównanie stanu końcowego ze stanem wyjściowym. Monitorowanie Programu będzie odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia jego realizacji.

Monitorowanie prowadzone będzie przy wykorzystaniu, co najmniej niżej wymienionych wskaźników, które umożliwią obliczenie mierników efektywności realizacji Programu.

Wskaźniki do monitorowania

1. Liczba osób włączonych do Programu,
2. Liczba osób, które uczestniczyły w interwencji nr 2 szkolenie "Praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi",
3. Liczba osób, które otrzymały certyfikat ukończenia szkolenia "Praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi",
4. Liczba osób, które uczestniczyły w interwencji nr 3 Szkolenie "Jak prowadzić trening DBT",
5. Liczba osób, które otrzymały certyfikat ukończenia szkolenia "Jak prowadzić trening DBT",
6. Liczba osób, którym udzielona została konsultacja psychiatryczna,
7. Liczba osób, którym udzielona została konsultacja psychologiczna,
8. Liczba osób, które uczestniczyły w treningu umiejętności DBT,
9. Liczba osób, które otrzymały certyfikat ukończenia treningu umiejętności DBT,
10. Liczba osób, które uczestniczyły w WTZ,
11. Liczba osób, które nie zostały objęte Programem ze względu przeciwwskazań lekarskich,
12. Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie.

Ewaluacja końcowa (wyniku) sporządzona zostanie po zakończeniu Programu przez realizatora. Ewaluacja będzie opierała się na porównaniu stanu przed wprowadzeniem działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

Faktyczna ocena realizacji Programu możliwa będzie w perspektywie wieloletniej w oparciu o dane epidemiologiczne dotyczące zachorowalności z powodu zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych wśród mieszkańców województwa podlaskiego.

5. Budżet programu

Okres realizacji Programu zaplanowano na 30 miesięcy, planowany termin rozpoczęcia realizacji to I kwartał 2024 roku.

W Programie zaplanowano następujące rodzaje kosztów:

- działania informacyjno-edukacyjne (opracowanie merytoryczne materiałów informacyjno-edukacyjnych tj. ulotki, plakaty, wydruk materiałów informacyjno-edukacyjnych tj. ulotki, plakaty, opracowanie treści spotów edukacyjnych publikowanych w mediach społecznościowych, kampania edukacyjna w mediach społecznościowych) - 82 235,00 zł,
- szkolenie „Praca z osobą z zaburzeniami psychicznymi” (wynagrodzenie osób, które będą prowadziły część teoretyczną i praktyczną szkolenia, zorganizowanie przerwy kawowej, wynajem sali) - 73 005,00 zł,
- szkolenie "Jak prowadzić trening DBT" (wynagrodzenie osób, które będą prowadziły szkolenie, zorganizowanie przerwy kawowej, wynajem sali, materiały edukacyjne) - 46 920,00 zł,
- psychoedukacja (wynagrodzenie lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii – 330 zł/konsultacja, wynagrodzenie psychologa – 300 zł/konsultacja, wynagrodzenie osób, które będą prowadziły trening DBT, wynajem sali, przerwa kawowa, druk niezbędnych materiałów, warsztaty terapii zajęciowej,) - 1 383 840,00 zł,
- Koordynacja PPZ – 399 000,00 zł,
- Monitorowanie i ewaluacja – 15 000,00 zł.

Rodzaj kosztu	Liczba	Wartość w zł
Zadanie nr 1 - Działania informacyjno-edukacyjne		82 235,00
Zadanie nr 2 – Szkolenie „Praca z osobą z zaburzeniami psychicznymi”	150	73 005,00
Zadanie nr 3 - Szkolenie "Jak prowadzić trening DBT"	15	46 920,00
Zadanie nr 4 - Psychoedukacja	150	1 383 840,00
ZADANIE 5 - Koordynacja PPZ		399 000,00
ZADANIE 6 – Monitorowanie i ewaluacja		15 000,00
Całkowity koszt programu		2 000 000,00

Wartości niniejsze są szacunkowe.

Średni koszt na uczestnika interwencji:

- nr 1 – 0,11 gr (działania informacyjno-edukacyjne kierowane do populacji osób w wieku 18-64 lata mieszkających na terenie województwa podlaskiego),
- nr 2 – 486,7 zł,
- nr 3 – 3128 zł,
- nr 4 – 9225,60 zł,

Całkowity szacowany koszt realizacji Programu – 2 000 000,00 zł.

Średni koszt roczny realizacji Programu:

- w 2024 roku - 500 000,00 zł
- w 2025 roku - 1 000 000,00 zł
- w 2026 roku - 500 000,00 zł

Źródła finansowania:

Program polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat finansowany będzie z budżetu Województwa Podlaskiego.

Przykładowa ankieta dla pacjenta - do modyfikacji i rozbudowania przez Realizatora realizującego Program

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii oraz uwag na temat Programu, w którym Państwo uczestniczyli. Proszę o udzielanie odpowiedzi zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

Kobieta	
Mężczyzna	

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 usług zdrowotnych 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 udzielonych usług zdrowotnych w Programie?

zdecydowanie tak	
raczej tak	
trudno powiedzieć	
raczej nie	
zdecydowanie nie	

5. Czy po przeprowadzonych działaniach edukacyjnych Pani/Pana wiedza (w porównaniu do wiedzy przed działaniami edukacyjnymi) jest:

zdecydowanie wyższa	
raczej wyższa	
taka sama	
raczej niższa	
zdecydowanie niższa	

Miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu:

--

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

6. Bibliografia

1. <https://www.gov.pl/web/wsse-warszawa/zdrowie-psychiczne>
2. Stan zdrowia mieszkańców i jej uwarunkowania
3. Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020, W. P. Kalbarczyk, S. Murawiec, M. Kalbarczyk, Warszawa grudzień 2016
4. Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2023-2030
5. <https://psychologia.edu.pl/slownik/id.lek/i.html>
6. Anna Nitka-Siemińska, Zaburzenia lękowe - charakterystyka i zasady leczenia, Forum Medycyny Rodzinnej 2014, tom 8, nr 1, 37–43
7. World Health Organization, Depression <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [dostęp z 31.01.2023r.]
8. Regionalny program polityki zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego, Białystok 2016
9. Regionalny program polityki zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego, Białystok 2016
10. P. Gałęcki, A Szulc, Psychiatria, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, s.207
11. <https://dimedic.eu/pl/wiedza/choroba-afektywna-jednobiegunowa-depresja-nawracajaca>
12. <https://remedium.md/icd10/zaburzenia-psychiczne-i-zaburzenia-zachowania/uporczywe-zaburzenia-nastroju-afektywne>
13. P. Gałęcki, A Szulc, Psychiatria, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, s.207
14. P. Gałęcki, A. Szulc, Psychiatria, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, s.217
15. C. Hammen, Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 20
16. C. Hammen, Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 20.
17. M. Jarema, Psychiatria Podręcznik dla studentów medycyny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, s.358-359
18. <https://ezop.edu.pl/wyniki-badania/>
19. K. Marek, P. Białoń, H. Wichowicz, H. Melloch, A. Nitka-Siemińska, Przesiewowa ocena rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku, Psychiatria, tom 2, nr 4, 217–224
20. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>
21. <https://czp.org.pl/wpcontent/uploads/2022/02/222Standardorganizacyjnyopiekizdrowotnejwcentrachzdrowiapsychicznegozalozeniaprojektu.pdf>
22. NFZ – Raport o zdrowiu – Depresja <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>
23. Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 Wnioski i Rekomendacje Dla Województwa Podlaskiego
24. Wiesław Sikorski, PSYCHOTERAPIA WYBRANE FORMY I TECHNIKI <https://dbc.wroc.pl/Content/7719/PDF/Psychoterapia%20poprawnaW.Sikorski.pdf>
25. P. Gałęcki, A. Szulc, Psychiatria, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, s.247-248.
26. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness>

27. dr n. med. Bartosz Grabski, dr n. med. Grzegorz Mączka
<https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/psychoedukacja-znaczenie-w-leczeniu-zaburzen-psychicznych/>
28. <https://www.terapiadbtp.pl/trening-umiejtnosc-w-terapii-dialektyczno-behawioralnej/>
29. J. M. Jaraczewska, A. M. Derwich, Zastosowanie elementów terapii dialektyczno-behawioralnej i terapii schematów w profilaktyce uzależnień behawioralnych, Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”, Toruń 2021
30. <https://emocje.pro/skuteczosc-terapii-dialektyczno-behawioralnej-psychoterapia-dbt/>
31. <https://emocje.pro/skuteczosc-terapii-dialektyczno-behawioralnej-psychoterapia-dbt/>
32. <https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2022/OP-0025-2022.pdf>
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. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1105077>
35. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2008.07091422>

7. Spis tabel

Tabela 1 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48)	6
Tabela 2 Zaburzenia nastroju afektywne (F30-F39)	10
Tabela 3 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań w Polsce w latach 2017-2020 (współczynniki na 100 tys. ludności)	16

8. Spis rycin

Rycina 1 Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń nastroju według województwa zamieszkania, 2020 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)	17
Rycina 2 Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu depresji według województwa zamieszkania, 2020 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii).....	18
Rycina 3 Łączna liczba pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej i współczynnik chorobowości według rozpoznań w Polsce w 2021 roku	19
Rycina 4 Łączna liczba pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej i współczynnik chorobowości według rozpoznań w Polsce w 2021 roku	19