

Załącznik do Uchwały Nr 19/271/19/VI  
Zarządu Województwa  
Warmińsko-Mazurskiego  
z dnia 16 kwietnia 2019 r.

**Program Polityki Zdrowotnej  
dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na  
lata 2019–2022  
w zakresie profilaktyki i wykrywania zaburzeń lękowych**

---

**Okres realizacji programu polityki zdrowotnej  
lata 2019–2022**

**Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie  
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  
(Dz.U. 2018.0.1510 t.j.)**

**Podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej:  
Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie**

**Olsztyn, 2018 rok**

## Słowniczek

**Program/regionalny program zdrowotny** – określony w *Krajowych ramach strategicznych Politycy papier dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020* – są to programy polityki zdrowotnej/programy zdrowotne w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.).

**Osoby aktywne zawodowo** – definiowane są jako ludność w wieku 15 lat i więcej uznane za pracujące lub bezrobotne (definicja Głównego Urzędu Statystycznego, GUS). Na potrzeby programu dolna granica wieku została arbitralnie ograniczona do 18 lat, a górna do 64 lat dla mężczyzn i 59 lat dla kobiet (co odpowiada definicji wieku produkcyjnego GUS). W uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość uczestnictwa w programie osób wykraczających poza wskazaną powyżej granicę wiekową. Powyższe wynika ze spełnienia przesłanki aktywności zawodowej w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym). W związku z powyższym o przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia.

**Kryteria włączenia** – warunki, które koniecznie należy spełnić, aby wziąć udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

**Kryteria wyłączenia** – warunki/zmienne, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

**ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, rewizja dziesiąta, tom I, wydanie 2008 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, 2009*).

**OCD** – zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (ang. *obsessive-compulsive disorder*).

**NPOZP** – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

**WHO** – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*).

## Spis treści

Słowniczek .....	1
1. Opis problemu zdrowotnego.....	3
a. Problem zdrowotny .....	3
Definicja.....	3
Czynniki ryzyka .....	4
Rozpoznanie .....	7
Leczenie .....	8
b. Epidemiologia.....	9
Świat.....	9
Województwo warmińsko-mazurskie .....	13
c. Obecne postępowanie .....	16
2. Cele programu .....	19
a. Cel główny .....	19
b. Cele szczegółowe.....	19
c. Mierniki efektywności.....	19
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji .....	20
a. Populacja docelowa.....	20
b. Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej .....	22
c. Planowane interwencje .....	23
d. Sposób udzielania świadczeń .....	24
e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	26
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	27
a. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	27
ad 1. Akcja informacyjna .....	27
ad 2. Rekrutacja uczestników .....	27
ad 3. Działania edukacyjne .....	28
ad 4. Przeprowadzenie kompleksowych działań z zakresu terapii zaburzeń lękowych.....	29
ad 5. Monitoring działań w ramach programu.....	34
b. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	35
Wymagania kadrowe.....	35
5. Monitorowanie i ewaluacja.....	37
Monitorowanie.....	37
Ewaluacja.....	38
6. Koszty .....	39
a. Planowane koszty całkowite.....	39
b. Koszty jednostkowe.....	40
Planowane koszty jednostkowe .....	40
Koszty działań edukacyjnych dla uczestników programu .....	42
Planowane koszty całkowite programu .....	43
Koszty zarządzania programem.....	43
c. Źródła finansowania, partnerstwo .....	45
7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów.....	46
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania diagnostyczne i terapeutyczne .....	46
b. Zgoda na udział w programie .....	48
c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne .....	49
8. Bibliografia.....	51

## 1. Opis problemu zdrowotnego

### a. Problem zdrowotny

#### Definicja

Lęk to naturalne uczucie obawy przed zagrożeniem, które pozwala je zauważyć i podjąć odpowiednie działania. Jeżeli przyczyna niebezpieczeństwa jest rozpoznawana, używa się pojęcia strachu, a jeśli jest trudna do sprecyzowania – pojęcia lęku. Stany patologiczne charakteryzuje nasilenie nieadekwatne do przyczyny, które jest źródłem cierpienia i utrudnia funkcjonowanie. Wyróżnia się lęk pierwotny (dominujący objaw zaburzeń nerwicowych) oraz lęk wtórny. Lęk pierwotny może mieć postać:

- fobiczną – izolowany lęk związany z określonym bodźcem, mający niewspółmiernie duże natężenie i prowadzący do unikania kontaktu z budzącymi zagrożenie bodźcami;
- napadową – pojawiający się nagle i trwający kilkadziesiąt minut; występuje w zaburzeniach lękowych z napadami lęku (zaburzenia paniczne);
- uogólnioną – uporczywy, o zmiennym nasileniu, występujący z nadmiernymi obawami; występuje w zaburzeniach lękowych uogólnionych;
- związaną ze skargami na dolegliwości somatyczne, nie znajduje potwierdzenia w badaniu lekarskim; występuje w zaburzeniach pod postacią somatyczną;
- związaną ze stresującym wydarzeniem; występuje w ostrej reakcji na stres, zaburzeniach adaptacyjnych, zaburzeniach stresowych pourazowych.

Lęk wtórny oznacza objaw innych chorób i zaburzeń: psychicznych (w przebiegu depresji, schizofrenii, zaburzeń na podłożu organicznym), somatycznych, związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych lub niepożądanym działaniem leków [1; 2].

Zaburzenia lękowe to grupa bardzo różnorodnych zaburzeń, w których powstawaniu, rozwoju oraz przebiegu bardzo istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne. Według klasyfikacji ICD-10 zaliczane są do nich m.in.: zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (ang. *obsessive-compulsive disorder*, OCD), reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną oraz inne zaburzenia nerwicowe. W Tabeli 1 przedstawiono wykaz zaburzeń lękowych wg klasyfikacji ICD-10.

**Tabela 1. Zaburzenia lękowe wg klasyfikacji ICD-10**

Zaburzenia lękowe	
<b>F40</b>	Zaburzenia lękowe w postaci fobii
<b>F40.0</b>	Agorafobia
<b>F40.1</b>	Fobie społeczne
<b>F40.2</b>	Specyficzne (izolowane) postacie fobii
<b>F40.8</b>	Inne zaburzenia lękowe w postaci fobii
<b>F40.9</b>	Fobie bliżej nieokreślone
<b>F41</b>	Inne zaburzenia lękowe
<b>F41.0</b>	Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)
<b>F41.1</b>	Zaburzenie lękowe uogólnione
<b>F41.2</b>	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
<b>F41.3</b>	Inne mieszane zaburzenia lękowe
<b>F41.8</b>	Inne określone zaburzenia lękowe
<b>F41.9</b>	Zaburzenia lękowe, nieokreślone

Źródło: opracowanie własne na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10.

### Etiologia i patogeneza

Zaburzenia lękowe stanowią grupę schorzeń, w przypadku których lęk nie jest ograniczony do konkretnych zewnętrznych przedmiotów czy wydarzeń życiowych, ale jest tzw. lękiem nieokreślonym, niedającym się przypisać żadnej konkretnej sytuacji ani też przewidzieć. Do tej grupy schorzeń zalicza się m.in. zaburzenia lękowe z napadami lęku (zespół lęku panicznego), zaburzenia lękowe uogólnione oraz zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane [3].

Zaburzenia lękowe w postaci fobii wywołane są jakimś (zawsze tym samym i dobrze przez pacjenta identyfikowanym) obiektywnie niegroźnym czynnikiem (np. zwierzę, przedmiot lub zjawisko) czy wydarzeniem zewnętrznym lub sytuacją, które pacjent odbiera jako zagrażające. Chory stara się unikać tego czynnika, a w jego obecności odczuwa istotny dyskomfort, lęk, a nawet cierpienie. Samo myślenie o takiej sytuacji może powodować pojawienie się lęku antycypacyjnego (lęk przed lękiem). Przyjmuje się, że zaburzenia lękowe wynikają ze zniekształconego postrzegania sytuacji i bodźców napotykanym w życiu codziennym. Wyniki badań wskazują, że pacjenci z zaburzeniami lękowymi zwykle przeceniają zagrażające im niebezpieczeństwa [4].

### Czynniki ryzyka

W rozwoju zaburzeń lękowych istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne. Przyczyny ich powstawania opierają się na tzw. modelu biopsychospołecznym, uwzględniającym czynniki biologiczne, środowiskowe, społeczne oraz kulturowe. Złożoność czynników ryzyka zaburzeń lękowych rozpatruje się indywidualnie w przypadku konkretnego zaburzenia oraz pacjenta. Nadmierny lęk jest najczęściej następstwem różnych czynników, takich jak [2; 5]:

- zaburzenia psychiczne występujące w rodzinie;
- stresujące wydarzenia;
- problemy ze zdrowiem fizycznym;
- substancje psychoaktywne;
- czynniki osobowościowe.

### Przebieg naturalny i obraz kliniczny

Przebieg naturalny i obraz kliniczny poszczególnych zaburzeń lękowych różni się w zależności od rodzaju i przyczyny konkretnego schorzenia. **Agorafobia** oznacza odczuwanie silnego lęku przed tłumem ludzi, miejscami publicznymi lub sytuacjami, z których nie można się wycofać, uciec czy uzyskać szybkiej pomocy, np. podróżowanie środkami komunikacji, przebywanie w zatłoczonych miejscach, stanie w dużej kolejce. Lęk agorafobiczny doprowadza do unikania tego rodzaju sytuacji przez chorego. Jego następstwem jest narastająca trudność z wyjściem z domu, aż do zupełnej niemożności opuszczenia miejsca zamieszkania bez towarzystwa innych osób. Długotrwałej i nasilonej agorafobii mogą towarzyszyć objawy depresyjne. Często jest również współwystępowanie agorafobii z napadami lękowymi [6].

**Fobia społeczna** (zespół lęku społecznego) charakteryzuje się narastającym lękiem m.in. przed oceną, poniżeniem, ośmieszeniem czy „zbląźnieniem się” przed innymi ludźmi w sytuacjach społecznych, w których – zdaniem pacjenta – uwaga innych osób jest skoncentrowana właśnie na nim. Chory obawia się, że w tego rodzaju sytuacjach będzie miał zupełną pustkę w głowie lub nie będzie w stanie nic powiedzieć. Przerazenie u chorego wywołuje przekonanie, że to co powie będzie niemądre, nieodpowiednie, śmieszne lub nieatrakcyjne. Często pojawia się również obawa przed utratą kontroli nad sobą w tych sytuacjach [6].

W przypadku fobii społecznej lękowi towarzyszą nierzadko nieprzyjemne objawy somatyczne, jak np.: czerwienienie się, pocenie się, kołatanie serca, uczucie gorąca, braku tchu, drżenie rąk i mięśni. Już samo wyobrażenie sobie takiej sytuacji może wywoływać lęk antycypacyjny. Chory jest przekonany, że powyższe objawy są dla wszystkich widoczne oraz kompromitują go i ośmieszają. Pacjent zdaje sobie sprawę z nadmierności przeżywanego lęku, jednak nie potrafi sobie z nim poradzić. Następstwem powtarzających się tego rodzaju sytuacji jest stopniowe zaniechanie uczestniczenia, aż do całkowitego ich unikania [6].

Fobia społeczna bez odpowiedniego leczenia może przyjmować postać przewlekłą, istotnie upośledzając codzienne funkcjonowanie społeczne oraz zawodowe. Nierzadko ze schorzeniem tym współwystępują inne zaburzenia lękowe, afektywne (np. depresja) lub nadużywanie substancji

psychoaktywnych. Osoby dotknięte tą chorobą są narażone na większe ryzyko uzależnień – np. alkoholu, za jego pomocą bowiem mogą próbować radzić sobie z przykrymi objawami [7].

**Specyficzne (izolowane) postacie fobii** stanowią schorzenia polegające na występowaniu u pacjenta silnego lęku, do przerażenia włącznie, w przypadkach ograniczonych do konkretnych, specyficznych sytuacji lub zjawisk (Tabela 2) [2].

**Tabela 2. Specyficzne postacie fobii**

Specyficzne postacie fobii	
<b>Ailurofobia</b>	Lęk przed kotami
<b>Akrofobia</b>	Lęk przed przebywaniem na wysokości
<b>Arachnofobia</b>	Lęk przed pająkami
<b>Awiatofobia</b>	Lęk przed podróżowaniem samolotem
<b>Emetofobia</b>	Lęk przed wymiotami
<b>Hemofobia</b>	Lęk przed widokiem krwi
<b>Keraunofobia</b>	Lęk przed piorunami
<b>Kizofobia</b>	Lęk przed zanieczyszczeniami
<b>Klaustrofobia</b>	Lęk przed przebywaniem w zamkniętych, małych pomieszczeniach
<b>Kynofobia</b>	Lęk przed psami
<b>Nyktofobia</b>	Lęk przed ciemnością
<b>Odontofobia</b>	Lęk przed dentystą, leczeniem zębów
<b>Ofidiofobia</b>	Lęk przed wężami
<b>Zoofobia</b>	Lęk przed zwierzętami, i wiele innych

Źródło: opracowanie własne na podstawie wielu źródeł.

**Zaburzenia lękowe z napadami lęku** (epizodyczny lęk paniczny) to schorzenia polegające na nawracających, niezależnie od konkretnej sytuacji, napadach bardzo silnego lęku aż do poczucia przerażenia z towarzyszącymi objawami wegetatywnymi (np. zawroty głowy, duszność, kołatanie lub szybkie bicie serca, ból w klatce piersiowej). Chorobie towarzyszy strach przed utratą kontroli, śmiercią, czy tzw. zwariowaniem. Nierzadko w trakcie silnego napadu lęku pojawia się także poczucie nierealności otaczającego świata lub siebie samego (objawy depersonalizacji i derealizacji). Napad lęku panicznego trwa od kilku do kilkunastu minut (rzadko dłużej) i samoistnie ustępuje. Często jednak pomiędzy napadami lęku panicznego utrzymuje się pewien poziom lęku przed następnym epizodem [4].

**Zaburzenia lękowe uogólnione** (inaczej nerwica lękowa) to schorzenia będące następstwem uporczywego, przewlekłego, nieprzypisanego do konkretnych sytuacji lęku, tzw. lęku wolno płynącego. Stan ten może manifestować się ciągłym poczuciem wewnętrznego napięcia, rozdrażnienia, niepokoju, napięciowymi bólami głowy, zaburzeniami koncentracji i uwagi, niemożnością relaksacji oraz odpoczynku. Towarzyszą temu objawy wegetatywne, np. zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, przyspieszone bicie serca, zawroty głowy, ból lub dyskomfort w

klatce piersiowej czy przyspieszony oddech. Ponadto chory wyraża wiele nieadekwatnych do danych sytuacji obaw, zamartwiając się o rzeczy przyszłe, mogące wydarzyć się i być w jego poczuciu i niekorzystne dla niego czy jego bliskich (np. ciągłe obawy o to, że z bliskimi pacjenta lub z nim może stać się coś złego) [6].

**Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane** są rozpoznawane, kiedy współwystępują zarówno objawy depresyjne, jak i lękowe na podobnym poziomie nasilenia. Jednocześnie towarzyszą im okresowo objawy wegetatywne, jak np. duszność, przyspieszone bicie serca, drżenia ciała [6].

### **Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD)**

Cechą charakterystyczną OCD jest powtarzające się występowanie dotkliwych oraz czasochłonnych (> 1 godz. dziennie) obsesji oraz kompulsji. Obsesje są powtarzającymi się i trudnymi do skontrolowania, niechcianymi myślami, obrazami oraz impulsami. Obsesje powodują duży stres, nawet jeśli chory zdaje sobie sprawę z ich irracjonalności, skupiają się bowiem na frustrujących, wzbudzających wstręt i pozbawionych sensu treściach, jak np. brud, zarazki, zanieczyszczenia, obawa przed zrobieniem komuś krzywdy, nieakceptowane zachowania seksualne czy potrzeba porządku i symetrii [8].

Kompulsje pojawiają się zwykle w odpowiedzi na obsesje. Stanowią one sztywne i powtarzające się rytuały, które człowiek czuje się zmuszony wykonywać. Służą one redukcji napięcia wywołanego natrętnymi myślami i chronią chorego przed lękiem. Do najczęściej występujących kompulsji należą: mycie rąk, sprawdzanie, układanie oraz powtarzanie pewnych fraz, liczenie czy modlitwa [8].

### **Zespół ostrego stresu i zespół stresu pourazowego**

Zespół ostrego stresu może wystąpić po przeżyciu traumatycznej sytuacji. Manifestuje się uczuciem odrętwienia, depersonalizacją, derealizacją, poczuciem oszołomienia, izolacją od ludzi, dziwnym zachowaniem, problemami z pamięcią. Objawy te pojawiają się po szokującym wydarzeniu. Trwają od kilku dni do miesiąca. W sytuacji utrzymywania się objawów dłużej niż miesiąc właściwą diagnozą jest zespół stresu pourazowego. Schorzenie to może wystąpić na skutek doświadczenia traumatycznego wydarzenia (np. wojna, napaść, wypadek komunikacyjny, katastrofa ekologiczna, znęcanie fizyczne lub psychiczne). Objawia się ciągłym napięciem i trudnością w odprężeniu się, koszmarami sennymi, powracającymi wspomnieniami traumatycznego wydarzenia. Chory usilnie próbuje uniknąć wszystkiego, co jest z nim powiązane i kojarzone. Osoba dotknięta tym zaburzeniem deklaruje również kłopoty z bezsennością, koncentracją, odczuwaniem pozytywnych emocji, a także szybko się denerwuje i irytuje oraz łatwo ją przestraszyć [5].

### **Rozpoznanie**

Rozpoznanie zaburzeń lękowych dokonuje lekarz psychiatra. Zazwyczaj pierwszą diagnozę stawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który następnie kieruje pacjenta do lekarza psychiatry.



## Leczenie

Osoby chorujące na zaburzenia lękowe wymagają konsultacji u specjalisty w celu prawidłowej diagnostyki i różnicowania z innymi zaburzeniami psychicznymi oraz chorobami somatycznymi. Leczenie zaburzeń lękowych powinno być kompleksowe, dlatego leczenie z wyboru obejmuje psychoterapię i psychoedukację, mające na celu zmianę podejścia pacjenta do przeżywanego przez niego dolegliwości i cierpienia, a także zmianę sposobu jego funkcjonowania. Celem terapeutycznym jest całkowite ustąpienie objawów lub umiejętności reagowania na ich występowanie oraz radzenie sobie z nimi w sposób korzystny dla pacjenta. Natomiast w niektórych przypadkach farmakoterapia zaburzeń nerwicowych albo nie jest zalecana, albo stanowi tylko leczenie uzupełniające w określonych sytuacjach i stanach. Może być jednak podstawą długoterminowego leczenia, jak np. w przypadku pewnych zaburzeń lękowych (lęk napadowy/paniczny, lęk uogólniony, fobia społeczna) czy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego [9; 10].

Skuteczne leczenie osób cierpiących na fobię społeczną obejmuje farmakoterapię i/lub psychoterapię. Czasami korzystne może być łączne zastosowanie tych metod. Niestety, osoby z fobią społeczną rzadko poszukują profesjonalnej pomocy, tkwiąc w przekonaniu, że „taka już moja natura i nic się z tym nie da zrobić” [10]. Farmakoterapia polega na przyjmowaniu niektórych leków przeciwdepresyjnych (np. inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, wenlafaksyna, bupropion, moklobemid). Czasami stosuje się krótkoterminowe leczenie uzupełniające z wykorzystaniem pochodnych benzodiazepiny. W leczeniu osób doświadczających nieadekwatnego lęku przed wystąpieniami publicznymi pomocny bywa propranolol [10].

Funkcjonowanie społeczne osoby z izolowanymi fobiami zazwyczaj zależy od jej możliwości unikania tych sytuacji. W przypadku nasilonego cierpienia i pogorszenia funkcjonowania stosuje się terapię behawioralną z użyciem metody, jaką jest systematyczna desensytyzacja (odwrażliwianie), polegająca na powolnym oswojaniu danej osoby z sytuacją powodującą lęk, poprzez stopniowe konfrontowanie jej z łagodną wersją lękotwórczej sytuacji. Farmakoterapię w przypadku fobii specyficznych rzadko się stosuje [10].

## Rokowanie

W przypadku każdego z zaburzeń lękowych skuteczność łączenia oddziaływań farmakologicznych z psychologicznymi, w podejściu poznawczo-behawioralnym jest wysoka [10].

## b. Epidemiologia

### Świat

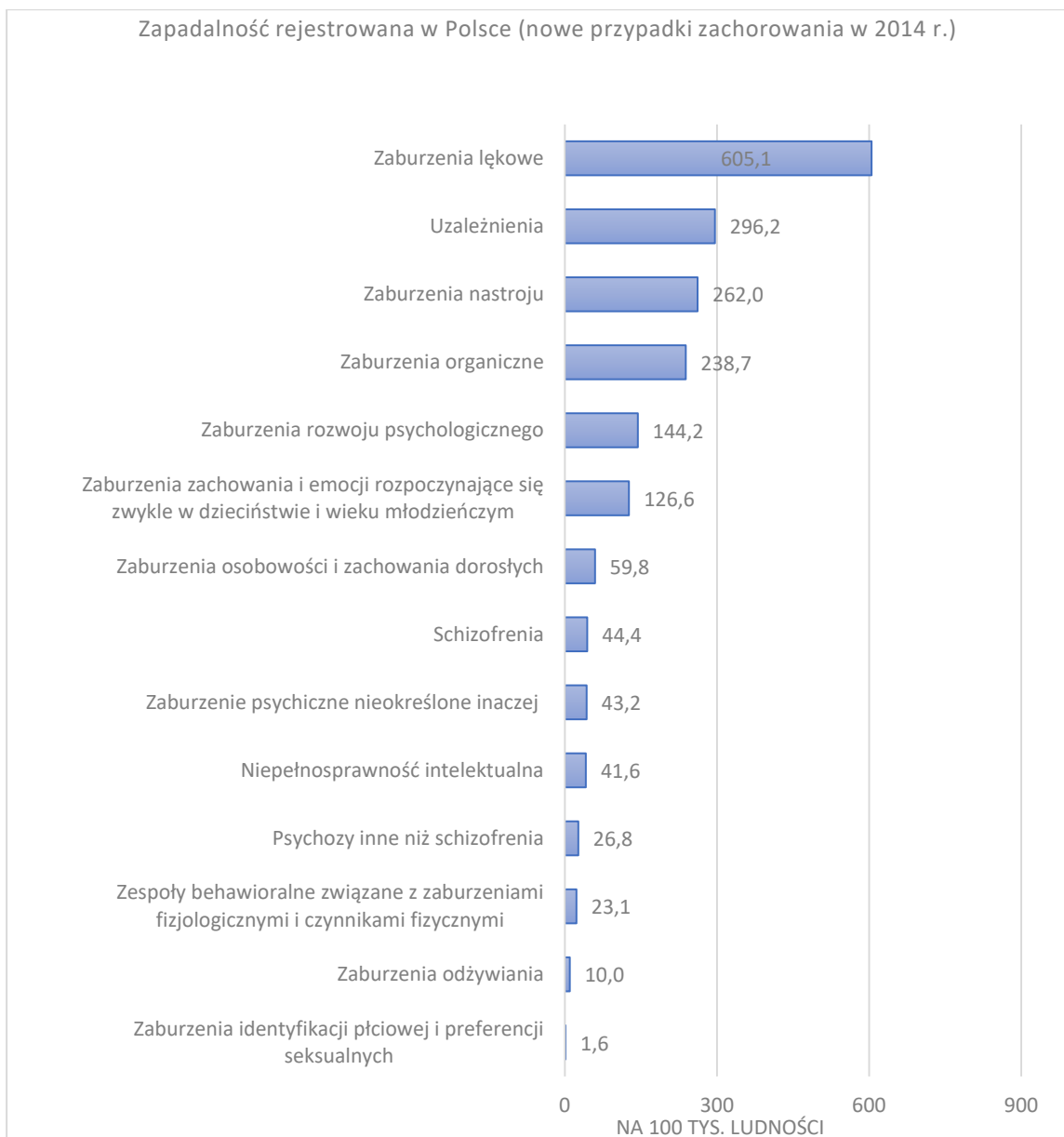
Częstość występowania zaburzeń lękowych w populacji szacuje się na ok. 15–20%. Największą zachorowalność obserwuje się w grupie osób w wieku 24–44 lata. Współwystępowanie depresji i lęku w populacji szacuje się na poziomie 9%, z czego ponad 70% w grupie kobiet [11]. Obserwuje się większą częstość występowania zaburzeń lękowych w grupie kobiet przed menopauzą niż w grupie mężczyzn w tym samym wieku (17,2% kobiety vs. 7,2% mężczyźni; OR = 2,65, 95% CI = 1,82–3,85,  $p < 0,001$ ). Po menopauzie odsetek osób, u których po raz pierwszy występują zaburzenia lękowe nie różni się istotnie ze względu na płeć (5,1% w grupie kobiet i 4,4% w grupie mężczyzn) [11].

Występowanie konkretnych fobii w populacji wynosi od 3% do 15% w równej częstości w grupie kobiet i mężczyzn, przy czym najliczniejsze są obawy i fobie dotyczące wysokości i zwierząt [12]. Tylko w przypadku blisko 30% chorych pojawia się przez całe życie „czysta” forma fobii społecznej. W pozostałych przypadkach dołączają się inne zaburzenia psychiczne, które w większości stanowią powód zgłoszenia się do lekarza psychiatry. Częstość występowania zaburzeń lękowych z napadami lęku szacuje się na około 1,5–4,8% w populacji, przy czym zachorowalność w grupie kobiet jest dwukrotnie wyższa niż w grupie mężczyzn [13; 14].

Częstość występowania zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych w populacji szacuje się na około 2,5% z równą częstością u obu płci. Około 80% chorych cierpi z powodu myśli natrętnych i czynności przymusowych, 20% skarży się tylko na czynności przymusowe, u 0,2% natomiast stwierdza się wyłącznie natrętne myśli [15].

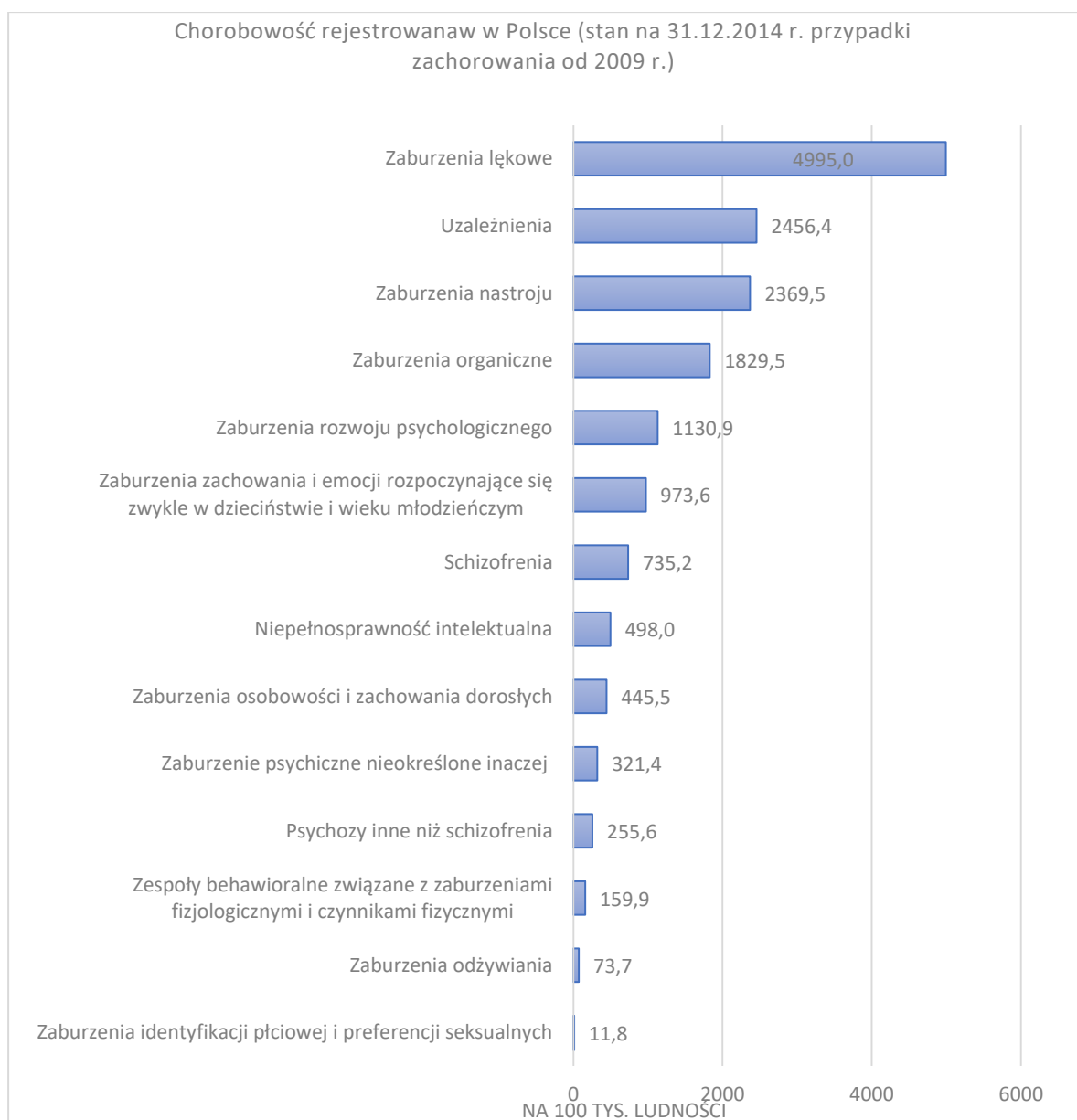
### Polska

Narodowy Fundusz Zdrowia nie publikuje szczegółowych danych dotyczących hospitalizacji z powodu zaburzeń lękowych. Ostatnimi (najbardziej aktualnymi) kompleksowymi opracowaniami uwzględniającymi dane epidemiologiczne w zakresie zaburzeń psychicznych w Polsce były *Mapy potrzeb zdrowotnych* (opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia) oraz Raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, które oparto na danych z 2014 roku. Według *Map potrzeb zdrowotnych dla Polski w grupie zaburzeń psychicznych* w 2014 r. najwięcej nowych przypadków zachorowań oraz hospitalizacji dotyczyło zaburzeń lękowych. Zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności dla zaburzeń lękowych wyniosła 605,1, a chorobowość rejestrowana na 100 tys. ludności – 4995,0 (Ryc. 1 i 2).



**Rycina 1. Zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności Polsce w 2014 r. – choroby psychiczne**

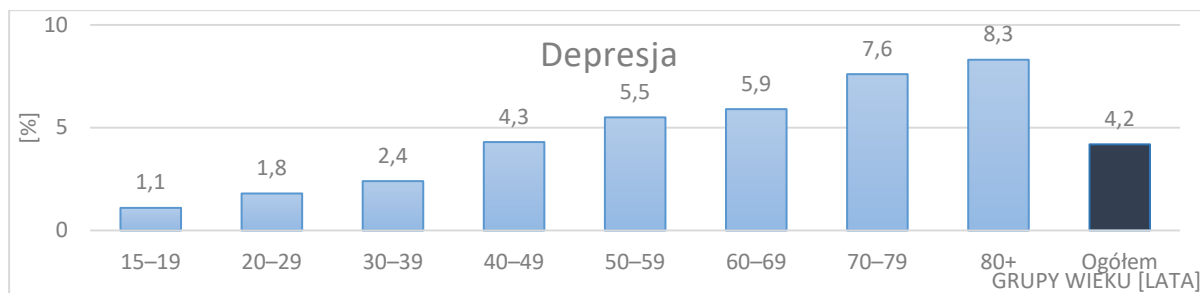
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Map potrzeb zdrowotnych dla Polski* [16].



**Rycina 2. Chorobowość rejestrowana na 100 tys. ludności w Polsce w 2014 r. – choroby psychiczne**

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Map potrzeb zdrowotnych dla Polski* [16].

W Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (*European Health Interview Survey, EHIS*) w 2014 r. ponad 4% mieszkańców Polski w wieku 15 lat lub więcej zadeklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpiła u nich depresja. Najwyższe odsetki depresji odnotowano w starszych grupach wieku (Rycina 3). Zapytano również o objawy depresji w ciągu ostatnich 2 tygodni. Wyniki wskazują, że ponad 16% respondentów miało w tym czasie objawy depresji (20,% kobiet i 12,2% mężczyzn). Pod względem stopnia ciężkości – najczęściej silne objawy miały osoby w wieku 80 lat i więcej.



**Rycina 3. Odsetki mieszkańców Polski w badaniu EHIS (2014) w wieku 15 lat i więcej w poszczególnych grupach wieku, którzy zadeklarowali, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy mieli depresję**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (badanie EHIS 2014 r.) [17].

Wyniki badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska”, przeprowadzonego na grupie 10 081 mieszkańców Polski w wieku 18–64 lata, wykazały częstość występowania zaburzeń lękowych uogólnionych w ciągu życia na poziomie 1,1% badanej populacji, istotnie częściej wśród kobiet w stosunku do mężczyzn, odpowiednio 1,5% i 0,6% [18]. Wśród mężczyzn najwyższą obecność tego zaburzenia (1,1%) odnotowano w przedziale wieku 40–49 lat, istotnie częściej w porównaniu z osobami najmłodszymi (< 29. roku życia) – 0,2%. Wśród kobiet istotnie rzadziej u najmłodszych – 0,6% w porównaniu z osobami w wyższych przedziałach wieku. Napady paniki w ciągu życia stwierdzono u 6,2% całej populacji, dwukrotnie częściej w grupie kobiet (8,5% vs. 3,9%). Częstość występowania zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn wzrastała wraz z wiekiem. Agorafobia z/bez lęku panicznego występowała u 0,2% populacji, istotnie częściej wśród kobiet – 0,3% niż mężczyzn – 0,1%. Wśród mężczyzn występowanie tego zaburzenia było zależne od wieku. Natomiast agorafobia bez lęku panicznego w ciągu okresu całego życia występowała u 0,1% mieszkańców Polski, również istotnie częściej u kobiet – 0,3%. Fobie specyficzne występowały u 3,4% mieszkańców Polski istotnie częściej u kobiet – 4,6% w porównaniu z mężczyznami – 2,2%. Wśród mężczyzn zaburzenie najczęściej występowało w najmłodszej grupie wiekowej. Fobia społeczna występowała w ciągu życia u 1,4% mieszkańców Polski w wieku 18–64 lata, częściej wśród kobiet – 1,6% niż mężczyzn – 1,2% [18]. Rozpowszechnienie zaburzenia wśród mężczyzn malało z wiekiem – rozpoznanie było częstsze w grupie najmłodszych – 1,9% w porównaniu z mężczyznami po 50. roku życia – 0,6%. W Tabeli 3 przedstawiono – na podstawie wyników badania EZOP – częstość występowania zaburzeń lękowych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku.

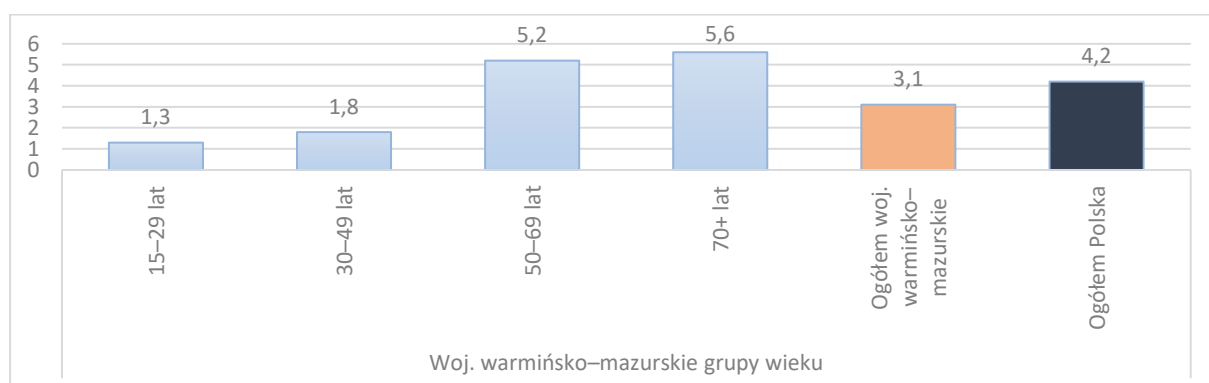
**Tabela 3. Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku (dane w procentach)**

Diagnoza	Mężczyźni					Kobiety					Ogółem
	18–29	30–39	40–49	50–64	Ogółem	18–29	30–39	40–49	50–64	Ogółem	
Duża depresja	1,5	1,9	1,88	2,4	1,9	2,7	3,3	4,4	5,5	4,0	3,0
Mała depresja	0,3	0,7	0,1	0,3	0,4	0,3	0,5	0,8	0,3	0,4	0,4
Epizod manii	–	–	–	–	0,1	–	–	–	–	0,1	0,1
Hipomania	0,5	0,2	0,5	0,2	0,4	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3	0,3
Napady paniki	2,9	2,4	3,3	6,4	3,9	5,7	7,0	9,5	11,4	8,5	6,2
Agorafobia z/bez lęku panicznego	0,2	–	0,3	0,1	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Agorafobia bez lęku panicznego	–	–	0,1	–	0,0	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1
Zaburzenie paniczne	0,2	–	–	0,5	0,2	0,3	0,2	0,3	0,8	0,4	0,3
Fobie specyficzne	2,9	1,6	2,3	1,8	2,2	4,0	4,7	5,3	4,6	4,6	3,4
Fobia społeczna	1,9	1,4	1,2	0,6	1,2	2,1	1,5	1,7	1,3	1,6	1,4
Zaburzenia lękowe uogólnione	0,2	0,4	1,1	1,0	0,6	0,6	1,8	1,6	2,0	1,5	1,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie A. Kiejna, P. Piotrowski, T. Adamowski et al. [18].

### Województwo warmińsko-mazurskie

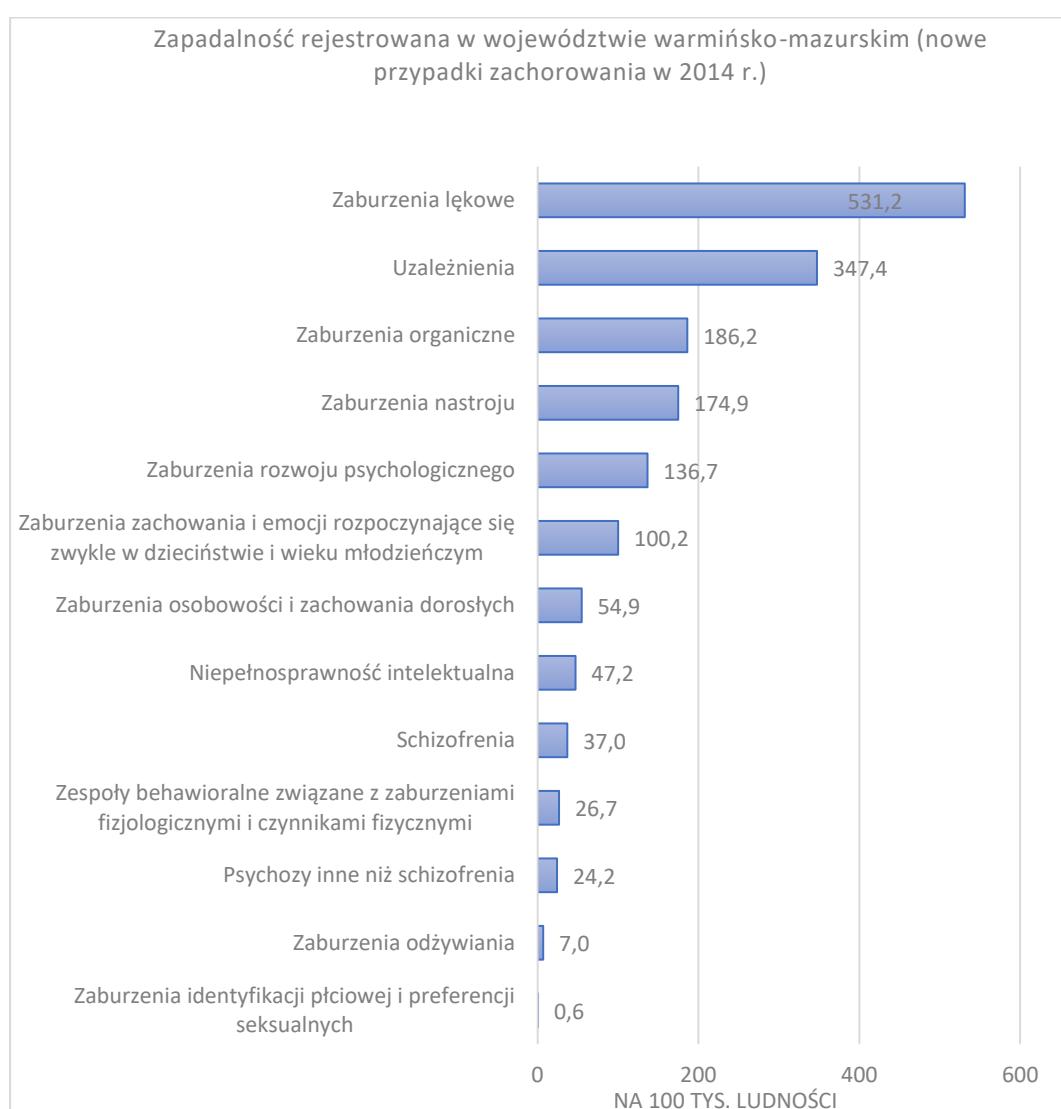
W badaniu EHIS 2014 r. ponad 3% ogółu respondentów w wieku 15 lat lub więcej zamieszkałych na obszarze woj. warmińsko-mazurskiego zadeklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpiła u nich depresja. Odsetki deklarowania depresji wśród mieszkańców województwa są zdecydowanie wyższe w starszych grupach wieku (50–59 lat, 70 lat i więcej), podobnie jak w przypadku danych dla ogółu Polski (Rycina 4).



**Rycina 4. Odsetki mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w badaniu EHIS 2014 r. w wieku 15 lat i więcej w poszczególnych grupach wieku deklarujących, że w ciągu ostatnich 12 miesiącach mieli depresję**

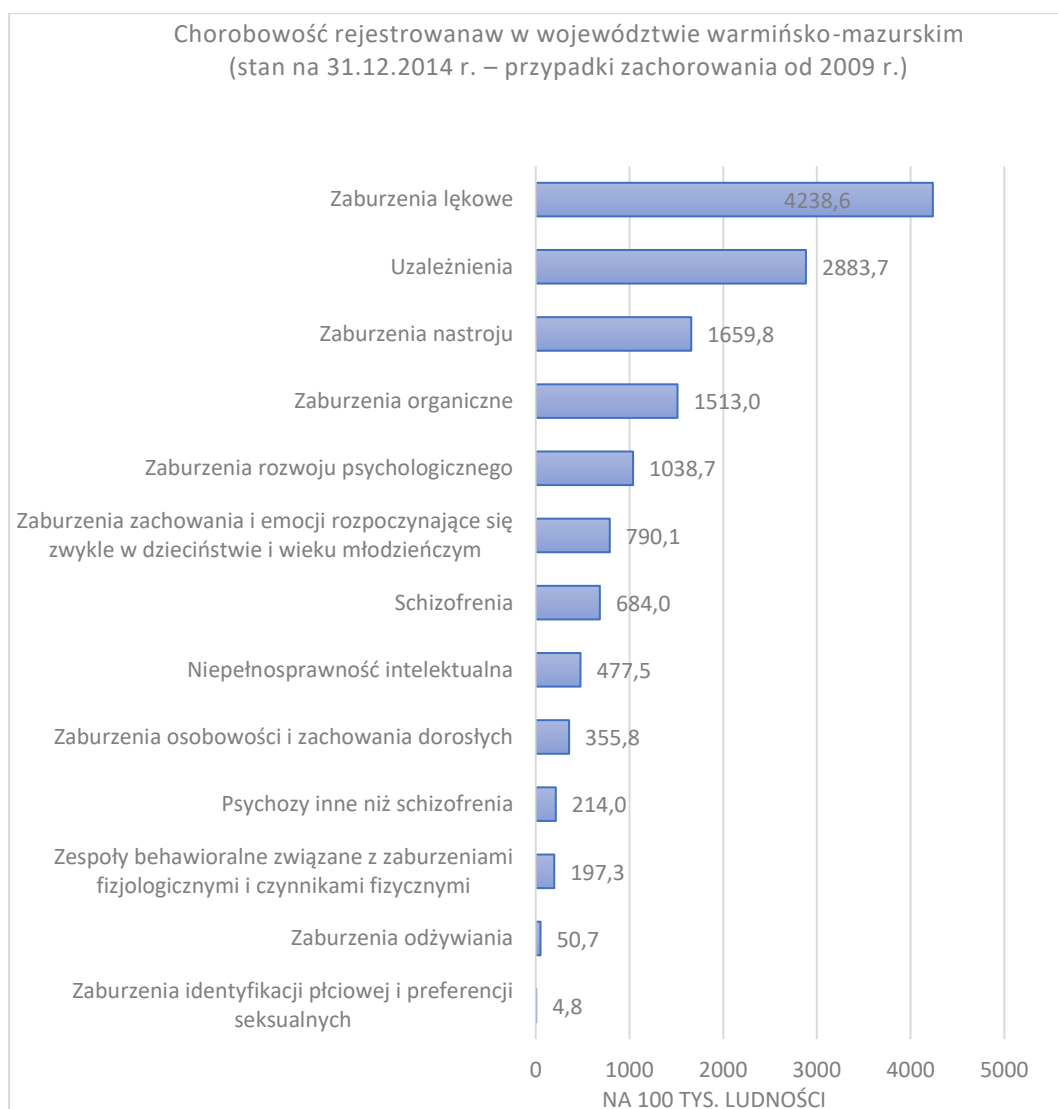
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (badanie EHIS 2014 r.) [17].

Według *Map potrzeb zdrowotnych dla województwa warmińsko-mazurskiego w grupie zaburzeń psychicznych* w 2014 r. najwięcej nowych przypadków zachorowań oraz hospitalizacji dotyczyło zaburzeń lękowych, tak jak dla ogółu mieszkańców Polski. Zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności dla zaburzeń lękowych wyniosła 531,2, a chorobowość rejestrowana na 100 tys. ludności – 4238,6 (Ryc. 5 i 6).



**Rycina 5. Wskaźniki zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności woj. warmińsko-mazurskiego w 2014 r. – zaburzenia psychiczne**

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Map potrzeb zdrowotnych dla województwa warmińsko-mazurskiego* [19].



**Rycina 6. Wskaźniki chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności woj. warmińsko-mazurskiego w 2014 r. – zaburzenia psychiczne**

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Map potrzeb zdrowotnych dla województwa warmińsko-mazurskiego* [19].

Zgodnie z danymi *Map potrzeb zdrowotnych dla województwa warmińsko-mazurskiego w grupie chorób psychicznych* prognozuje się, że w 2020 r. największą zapadalność rejestrowaną (przy założeniu scenariusza zindywidualizowanego – dla województwa warmińsko-mazurskiego wykorzystano do prognozowania zaobserwowane dla niego wartości współczynników w danej podgrupie chorób) osiągną zaburzenia lękowe (7,33 tys.), a najmniejszą – zaburzenia odżywiania (0,1 tys.). W 2029 roku szacuje się, że zapadalność rejestrowana zaburzeń lękowych obniży się do poziomu 6,89 tys. [19].

Według Raportu NIZP – PZH *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* [20] województwo warmińsko-mazurskie było drugim w skali kraju (po woj. łódzkim) co do częstości hospitalizacji na oddziałach całodobowych z powodu zaburzeń psychicznych zarówno ogółem, jak i po raz pierwszy. W 2014 roku w woj. warmińsko-mazurskim w psychiatrycznych oddziałach



całodobowych współczynnik częstości hospitalizacji ogółem wyniósł 674/ 100 tys. ludności, natomiast współczynnik hospitalizacji osób leczonych po raz pierwszy – 286/ 100 tys. ludności. W porównaniu z 2009 r. częstość hospitalizacji pierwszorazowych w woj. warmińsko-mazurskim wzrosła o 14%.

O istotnym znaczeniu zdrowia psychicznego w obszarze zdrowia publicznego świadczą również wyniki Badania Globalnego Obciążenia Chorobami (The Global Burden of Disease 2015 Study) Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Według ostatnich szacunków przeprowadzonych w ramach badania Global Burden of Disease 2015 Study wśród dziesięciu najważniejszych dla mieszkańców Polski przyczyn utraconych lat życia w zdrowiu spowodowanych ograniczoną sprawnością (YLDs – years lived with disability) na trzecim miejscu znajduje się depresja, a na ósmym zaburzenia lękowe [21]. Zatem – w świetle przytoczonych wyników Światowej Organizacji Zdrowia oraz przywołanych danych epidemiologicznych w zakresie zaburzeń lękowych – istnieje konieczność zwiększenia ich wykrywalności u aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego.

### c. Obecne postępowanie

W Polsce podstawą do systemowego działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r., a w szczególności Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017–2022 (Dz.U. z 2017 r., poz. 458). Program określa strategię działań mających na celu: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. Proponowany program profilaktyki zdrowotnej dla woj. warmińsko-mazurskiego wpisuje się zatem w pierwszy i trzeci cel główny NPOZP, obejmujące: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb oraz monitorowanie i ocenę skuteczności działań realizowanych w ramach programu.

Leczenie zaburzeń lękowych w Polsce realizowane jest przez zróżnicowane struktury organizacyjne opieki ambulatoryjnej oraz stacjonarnej całodobowej podmiotów leczniczych publicznych i prywatnych. W opiece ambulatoryjnej wyróżnia się poradnie: zdrowia psychicznego, zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz poradnie psychologiczne.

Obecnie w woj. warmińsko-mazurskim 30 poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych realizuje świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia [22]. Znajdują się w 23 miastach na



sytuacji życiowej, nie tylko chorych, tak by zapobiegać zaburzeniom psychicznym, w tym też lękowym.

Eksperti w dziedzinie psychiatrii i psychologii wskazują, że chorzy z zaburzeniami lękowymi odwiedzają przeciętnie dziesięciu lekarzy, zanim zostanie ustalone właściwe rozpoznanie, a od wystąpienia objawów do podjęcia prawidłowego leczenia mija przeciętnie dziesięć lat. Co więcej, tylko 22% chorych z zaburzeniami lękowymi zgłasza się do psychiatry [23]. Wyniki badań wskazują, że opóźnienie leczenia zaburzeń lękowych nierzadko powoduje poważne konsekwencje, takie jak utrata przez pacjenta pracy, zaburzenia funkcjonowania w rodzinie oraz w społeczeństwie (obserwowane u 70–90% badanych), zbędne koszty leczenia oraz próby samobójcze (podejmowane przez co czwartego chorego) [23]. W związku z tym odpowiednio wcześnie postawiona diagnoza może nie tylko przyspieszyć remisję, lecz także zapobiec ich nawrotom. W wielu przypadkach, zwłaszcza nasilone zaburzenia, wymagają łączenia psychoterapii i farmakoterapii. Bardzo często zwiastunem poważnych zaburzeń jest napad lęku. W ciągu miesiąca od pierwszego jego wystąpienia blisko 90% pacjentów spełnia kryteria, które umożliwiają rozpoznanie określonego zaburzenia lękowego [24]. Dlatego też szczególnie ważna jest edukacja lekarzy pierwszego kontaktu, pozwalająca na wczesną identyfikację zaburzeń i właściwe pokierowanie postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym [23]. Wczesne podjęcie odpowiedniego leczenia pozwala uzyskać lepsze efekty terapii oraz zapobiega pojawieniu się poważnego upośledzenia funkcjonowania pacjenta na polu zawodowym i społecznym. Wyniki najnowszych badań wskazują, że fobie utrzymują się przez kilka lat lub nawet dziesięcioleci w 10–30% przypadków oraz silnie predysponują do wystąpienia innych zaburzeń lękowych, nastroju i tych związanych z używaniem substancji. Ich wysokie współwystępowanie z innymi zaburzeniami psychicznymi sugeruje, że wczesne leczenie fobii może również zmienić ryzyko tych drugich [12].

Działania zorientowane na ograniczenie częstości występowania zaburzeń lękowych oraz problemów z tym związanych powinny być uzupełniane programami zdrowotnymi. Zapewnienie osobom chorym dostępu do zróżnicowanej oferty leczniczej, rehabilitacyjnej oraz readaptacyjnej znajduje odzwierciedlenie w podniesieniu poziomu bezpieczeństwa publicznego oraz wpływa na polepszenie jakości ich życia.

## 2. Cele programu

### a. Cel główny

Celem programu jest zwiększenie o 5% liczby wykrywanych przypadków zaburzeń lękowych we wczesnym stadium u osób aktywnych zawodowo w latach 2019–2022 województwie warmińsko-mazurskim.

### b. Cele szczegółowe

- wzrost świadomości 20% osób aktywnych zawodowo w wieku 18–64 lata mieszkających w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2019–2022 w zakresie występowania zaburzeń lękowych, ich profilaktyki oraz diagnostyki;
- zmniejszenie o 5% zachorowalności i umieralności z powodu zaburzeń lękowych u osób aktywnych zawodowo w latach 2019–2022 mieszkających w województwie warmińsko-mazurskim;

### c. Mierniki efektywności

- liczba osób aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego, którzy wzięli udział w programie zakładana wartość to minimum 20%, wykazana na podstawie porównania danych zebranych od beneficjentów skorelowanych z danymi dotyczącymi zatrudnienia; w latach 2019-2022 ;
- liczba osób aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego, u których wykryto wcześniej niezdiagnozowane zaburzenia lękowe zakładany wzrost o 5% - dane uzyskane na podstawie danych z NFZ, dotyczących chorobowości i hospitalizacji;
- liczba osób aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej zaburzeń lękowych i zdrowia psychicznego - zakładane minimum 20% populacji wykazana na podstawie porównania danych zebranych od beneficjentów skorelowanych z danymi dotyczącymi zatrudnienia; w latach 2019-2022;
- wskaźniki długookresowego badania występowania zaburzeń lękowych wśród osób aktywnych zawodowo oraz osób aktywnych zawodowo powyżej 50 roku życia mieszkających w województwie warmińsko-mazurskim - spadek o 5% przypadków hospitalizacji z powodu powikłań wynikających z zaburzeń lękowych dane z NFZ i ZUS dotyczące chorobowości i absencji chorobowej ;
- ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników zakładany minimum 50% poziom satysfakcji uczestników programu - dane z ankiet satysfakcji uzyskanych od beneficjentów .

### 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

#### a. Populacja docelowa

##### **Definicja grupy docelowej:**

Odbiorcami RPZ są aktywni zawodowo mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego. Na potrzeby programu dolna granica wieku została arbitralnie ograniczona do 18 lat, a górna do 64 lat dla mężczyzn i 59 lat dla kobiet (co odpowiada definicji wieku produkcyjnego GUS).

**W przypadku zaburzeń lękowych nie jest możliwe wyróżnienie konkretnej grupy ryzyka w oparciu o informacje o wieku i płci. Dane epidemiologiczne wskazują, iż zaburzenia lękowe występują zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn (w grupie kobiet częstość występowania jest wyższa). Zaburzenia tego rodzaju występują we wszystkich grupach wieku, chociaż obserwowane są wyraźne różnice między grupami.**

Ponadto działania edukacyjne zostaną skierowane do wszystkich aktywnych zawodowo mężczyzn w wieku 18–64 lata i kobiet w wieku 18–59 lat.

##### **Dane zastane stanowiące podstawę do wyliczenia wielkości grupy docelowej**

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) dotyczących aktywności ekonomicznej ludności w I kwartale 2018 r. w województwie warmińsko-mazurskim spośród 1 105 tys. mieszkańców w wieku 15 lat i więcej, aktywnych zawodowo było 593 tys., z czego 555 tys. stanowili pracujący, a 38 tys. bezrobotni. Wskaźnik aktywności zawodowej dla województwa osiągnął poziom 53,7% wobec 56% dla całego kraju. Spośród 534 tys. mężczyzn w woj. warmińsko-mazurskim aktywnych zawodowo było 334 tys. (wskaźnik aktywności zawodowej 62,5%). Wśród 571 tys. kobiet aktywnych zawodowo było 260 tys. (wskaźnik aktywności zawodowej 45,5%) [25].

Dane na temat wskaźników aktywności zawodowej w poszczególnych grupach wieku w poszczególnych województwach nie są dostępne, z tego względu do wyliczenia wielkości populacji docelowej zostaną wykorzystane dane na poziomie krajowych (Tabela 4).

**Tabela 4. Wskaźniki aktywności zawodowej w I kw. 2018 r. w grupach wieku (dane dla Polski)**

Wiek	OGÓŁEM %	Mężczyźni %	Kobiety %
15–17	1,5	1,5	1,6
18–19	11,8	13,8	10,0
20–24	60,3	68,7	51,4
25–29	83,2	92,1	73,8
30–34	85,5	93,0	77,8
35–39	86,6	93,4	79,5
40–44	87,4	92,4	82,4
45–49	85,9	88,1	83,7
50–54	78,5	80,4	76,6
55–59	66,3	72,9	60,2
60–64	33,6	48,2	20,8
65 i więcej	5,3	8,5	3,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [25].

Według GUS w I kw. 2018 r. osób aktywnych zawodowo w skali całego kraju było 17 053 tys. W przedziale wieku 18–64 lata znajdowało się 97,9% (16 697 tys.) osób aktywnych zawodowo.

Do wyliczenia wielkości populacji docelowej wykorzystane zostały również dane Banku Danych Lokalnych (BDL) prezentujące stan na 31.12.2017 r. (ostatnia aktualizacja 13.04.2018) [26].

#### **Wyliczenie populacji docelowej**

Na podstawie danych BDL oraz danych na temat aktywności zawodowej w poszczególnych grupach wieku określono wielkość populacji docelowej programu w latach 2019–2020 na 655 tys. osób. Wskaźniki aktywności zawodowej dla poszczególnych grup wieku w woj. warmińsko-mazurskim są niedostępne. Z tego względu do wyliczeń posłużono się danymi z poziomu kraju. Jednakże w skali kraju współczynnik aktywności zawodowej wynosi 56%, a w woj. warmińsko-mazurskim 53,7%. Aby uzyskać dokładniejsze oszacowanie, wskaźniki aktywności zawodowej w grupach wieku zostały przeliczone w oparciu o wartość 95,9% (53,7%/56%).

Szczegółowe dane przedstawia Tabela 5.

Tabela 5. Wyliczenie wielkości populacji docelowej dla woj. warmińsko-mazurskiego

Wiek	Mężczyźni			Kobiety		
	Liczba ludności wg BDL	Wskaźnik aktywności zawodowej %	Liczba osób aktywnych zawodowo	Liczba ludności wg BDL	Wskaźnik aktywności zawodowej %	Liczba osób aktywnych zawodowo
15–17*	22573	13,2*	2987	21217	10*	2035
18–19	15 835	13,2	2095	15181	10	1456
20–24	45 679	65,9	30093	44043	49	21708
25–29	53 991	88,3	47683	50408	71	35673
30–34	60 480	89,2	53936	56188	75	41919
35–39	59 350	89,6	53156	56539	76	43102
40–44	54 369	88,6	48174	51510	79	40701
45–49	45 114	84,5	38113	44319	80	35571
50–54	44 968	77,1	34669	45061	73	33099
55–59	50 940	69,9	35610	52940	58	30561
<b>Suma</b>			<b>369 377</b>			<b>285 826</b>

\*Dodatkowe trzy roczniki, które w okresie trwania projektu wejdą do grupy docelowej. Przyjęto dla nich wskaźniki aktywności zawodowej odpowiadające grupie 18–19 lat.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL [26].

Na podstawie wyników badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska” można przyjąć, iż częstość występowania zaburzeń lękowych uogólnionych w populacji 18–64 lata w ciągu życia wynosi 1,1%. Odnosząc to do województwa warmińsko-mazurskiego, pozwala to przyjąć, że **w grupie aktywnych zawodowo znajduje się około 7,2 tys. osób z tego rodzaju zaburzeniami.**

Działaniami edukacyjnymi w ramach programu planuje się objąć minimum 20% docelowej populacji (mężczyzn w wieku 18–64 lata i kobiet w wieku 18–59 lat), czyli około 131 tys. osób w całym okresie trwania programu.

Działaniami diagnostycznymi planuje objąć się około 1,5% populacji, co stanowi około 10 tys. mieszkańców, w całym okresie trwania programu. Natomiast udział w terapii przewidziany został dla 625 osób (0,1% populacji docelowej).

Liczba osób uczestniczących w programie w podziale na poszczególne lata przedstawia się następująco – w ujęciu rocznym - działania edukacyjne około 32.750 osób, działania diagnostyczne – około 2.500 osób i terapia około 156 osób.

## **b. Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej**

### **Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej**

Podstawowymi kryteriami formalnymi udziału osób w programie są: zamieszkiwanie na terenie

województwa, wiek 18–64 lata w przypadku działań edukacyjnych oraz wyrażenie chęci uczestnictwa (czyli podpisanie świadomej zgody na udział). Wypełnione dokumenty będą przechowywane w placówce beneficjenta z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych [27].

Uczestnictwo w programie następuje po spełnieniu następujących kryteriów:

- status zamieszkiwania na terenie województwa warmińsko-mazurskiego;
- pisemna zgoda uczestnika na udział w programie;
- działania edukacyjne będą skierowane do wszystkich osób aktywnych zawodowo w wieku 18–64 lata zamieszkujących województwo warmińsko-mazurskie.

#### **Warunki włączenia do części diagnostycznej**

Zaburzenia lękowe są określane poprzez skalę DSM-IV, wskazywaną w wytycznych NICE 2018.

**Szczegółowe zasady kwalifikacji osób do części terapeutycznej opisane są w rozdziale dotyczącym organizacji działań w ramach programu**

#### **Kryteria wykluczenia z programu polityki zdrowotnej:**

z programu nie będą mogły skorzystać osoby, które są już objęte opieką poradni psychologicznej, poradni psychiatrycznej, w zakresie obejmującym działania zaplanowane w programie i uzyskują świadczenia z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz w warunkach dziennych psychiatrycznych.

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych wnioskach o dofinansowanie.

#### **c. Planowane interwencje**

Program będzie realizowany przez podmioty wybrane w ramach konkursu, odpowiadające jego warunkom. Są to: kryteria wyboru, spełnienie wymagań dotyczących limitów/ograniczeń oraz zapisów wniosku o dofinansowanie projektu, które muszą być zgodne z programem polityki zdrowotnej.

Program będzie się składał z następujących etapów organizacyjnych:

- 1) akcji informacyjnej;
- 2) rekrutacji uczestników;
- 3) działań edukacyjnych dla aktywnych zawodowo mieszkańców;
- 4) przeprowadzenia kompleksowych działań z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń lękowych u zakwalifikowanych osób z grup ryzyka;



Kompleksowe działania z zakresu terapii zaburzeń lękowych zostaną wykonane u zakwalifikowanych osób z grup ryzyka, zakwalifikowanych na podstawie wskazań medycznych.

Działania z zakresu terapii zaburzeń lękowych zostaną wykonane w populacji osób aktywnych zawodowo. Wsparciem terapeutycznym zostaną objęte osoby zakwalifikowane do grup ryzyka, poprzez wstępną ocenę stanu psychicznego przez lekarza psychiatrę – przy użyciu kwestionariusza GAD-7 oraz PHQ-9.

Kwestionariusz GAD-7 jest narzędziem przesiewowym, na podstawie wyniku można się zorientować, czy pacjent ma problemy, które mogą być związane z zespołem lęku uogólnionego (generalized anxiety disorder, GAD).

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), służący do rozpoznawania depresji, jest elementem większego narzędzia – Patient Health Questionnaire, wykorzystywanego w diagnostyce zaburzeń psychicznych na podstawie kryteriów DSM-IV. PHQ-9 składa się z dziewięciu pytań, a właściwie kryteriów depresji według DSM-IV.

**Szczególnie często współwystępującymi zaburzeniami są GAD i depresja.** Fakt ten doprowadził niektórych autorów do wniosku, że omawiany typ zaburzeń lękowych znamionuje fazę prodromalną zaburzeń depresyjnych, jednak wyniki późniejszych badań sugerują, że GAD i duża depresja są odrębnymi jednostkami nozologicznymi, mimo nakładania się niektórych objawów.

5) monitoringu działań w ramach programu.

#### d. Sposób udzielania świadczeń

W ramach NFZ świadczenia z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej finansowane są w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz w warunkach dziennych psychiatrycznych.

W Opinii Prezesa AOTMiT nr 148/2018 z dnia 27 lipca 2018 r. zwraca się uwagę, iż wśród zalecanych w rehabilitacji psychiatrycznej interwencji wymienia się m.in.:

- terapię psychologiczną (terapia behawioralno-poznawcza w psychozach oraz interwencje rodzinne) – wspierającą zrozumienie problemów zdrowia psychicznego jednostki oraz pozwalającą na identyfikację odpowiednich strategii pomocnych w redukcji dolegliwości;
- konsultacje psychologiczne – powinny być dostępne również dla personelu medycznego sprawującego opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi;
- leczenie poprzez sztukę (arteterapię) – łączące sztukę i techniki psychoterapeutyczne w celu umożliwienia komunikacji, ekspresji i zrozumienia osób chorych;
- działania z zakresu zdrowego stylu życia (ćwiczenia, zaprzestanie palenia, porady dietetyczne) oraz monitorowanie zdrowia fizycznego;

- szkolenia w zakresie samoopieki, rozwijanie umiejętności życia codziennego, doradztwo zawodowe (JCPMF 2016).

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł nieodpłatnie i bez skierowania, skorzystać z edukacji lub edukacji i badań przesiewowych zaplanowanych przez beneficjenta w ramach programu.

Należy zgłosić się do placówki biorącej udział w programie w okresie jego realizacji, by wziąć w nim udział. Jest on dobrowolny.

Program ma charakter ciągły, jednak jego sprawozdawanie przez beneficjenta będzie się odbywało w cyklu rocznym. W trakcie programu zostaną włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu w żaden sposób nie będzie wpływało na możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

**Kompleksowe, całościowe, bez skierowania i wizyt u lekarzy na dwóch poziomach systemu opieki zdrowotnej działania objęte programem uzupełnione o szeroko rozbudowaną część edukacji zdrowotnej znajdują się poza grupą świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych; planowaną interwencję można więc traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych – finansowanych przez budżet państwa.**

Połączenie w jednym czasie i miejscu świadczeń, bez konieczności posiadania skierowania, bez względu na ubezpieczenie w powszechnym systemie, stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach finansowania programu, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące kryteria:

- realizator (bądź partner) programu będący podmiotem leczniczym spełnia warunki określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r., poz. 160), który:
  - prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, lub
  - prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej;
- rodzaj udzielanych świadczeń winien odpowiadać rodzajowi działań zaplanowanych w ramach programu – sugeruje się, aby były to poradnie specjalistyczne psychologiczne lub/i psychiatryczne;

- świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje [28];
- dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie podmiotu leczniczego, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [27];
- dokumentacja związana z kwalifikacją uczestników do działań edukacyjnych będzie przechowywana w siedzibie beneficjenta z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych [27].

#### **e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych, zakończenia procesu diagnostyki lub zakończenia programu, w zależności od konkretnej grupy uczestników programu z terenu województwa warmińsko-mazurskiego.

Możliwe jest także zakończenie udziału na podstawie rezygnacji uczestnika. Dobrowolne odstąpienie od udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie. Może to nastąpić na życzenie uczestnika.

W przypadku wystąpienia zaostrzeń lub nasilenia choroby w razie potrzeby uczestnicy będą mogli być kierowani do placówek ambulatoryjnych i całodobowej opieki zdrowotnej w zakresie oddziałów dziennych i stacjonarnych szpitali oraz poradni psychiatrycznych.

#### 4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

##### a. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu beneficjent obligatoryjnie musi przeprowadzić:

1. akcję informacyjną;
2. rekrutację uczestników;
3. działania edukacyjne dla aktywnych zawodowo mieszkańców;
4. przeprowadzenia kompleksowych działań z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń lękowych u zakwalifikowanych osób z grup ryzyka;
5. monitoring działań w ramach programu.

W ramach poszczególnych etapów znaleźć się mają następujące działania:

##### ad 1. Akcja informacyjna

Priorytetem niniejszego programu jest dotarcie do możliwie jak największego odsetka potencjalnych uczestników spełniających kryteria włączenia do programu (wiekowe oraz status aktywności zawodowej). Zapewni to wysoką frekwencję i pozwoli na osiągnięcie stawianych celów. Narzędziem pozwalającym spełnić to założenie będzie kampania informacyjno-edukacyjna, nakłaniająca do aktywnego uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej. Ze względów praktycznych ten element zostanie skierowany przede wszystkim do grupy docelowej, a więc osób aktywnych zawodowo z województwa warmińsko-mazurskiego, którzy będą informowani o planowanych działaniach za pomocą np. lokalnych mediów, stron internetowych JST oraz poszczególnych placówek medycznych, plakatów i ulotek. Warto zwrócić uwagę, aby w projekcie podczas akcji informacyjnej uwzględnić także współpracę i zaangażowanie w rozpropagowaniu informacji poprzez Centra Zdrowia Psychicznego i lekarzy POZ, którzy mogą powiązać symptomy chorobowe somatyczne z ewentualnością występowania zaburzeń o podłożu psychicznym, obejmowanych przez ten program. Jest to istotne, ze względu na trudności w samodiagnozowaniu zaburzeń lękowych u osób z chorobą. Zainteresowani uzyskają kompleksowe informacje organizacyjne oraz materiały dotyczące programu i podejmowanych czynności. W ich ramach osoby z grupy docelowej zostaną poinformowane o wszelkich uwarunkowaniach organizacyjnych, a także zostaną wyjaśnione wszelkie problematyczne kwestie dotyczące programu.

##### ad 2. Rekrutacja uczestników

W przypadku działań edukacyjnych będzie weryfikowany wiek uczestnika i spełnienie kryteriów włączenia.

W przypadku kompleksowych działań z zakresu terapii zaburzeń lękowych zostaną zweryfikowane medyczne kryteria włączenia do programu, niezbędne będzie także uzyskanie pisemnej zgody uczestników na wykonanie procedur medycznych.

### ad 3. Działania edukacyjne

Skierowane do aktywnych zawodowo osób w wieku 18–64 lata. Wykłady na temat promocji zdrowia psychicznego zostaną przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, domach kultury itp. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące specyfiki wykrywania zaburzeń zdrowia psychicznego, zaburzeń lękowych, stresu w pracy, jego następstw zdrowotnych, skuteczności wczesnie podjętego leczenia, konsekwencji zaniedbań diagnostycznych i bagatelizowania objawów chorobowych.

Istotne jest wskazanie czynników ryzyka występowania zaburzeń lękowych, czyli m.in. specyfika długotrwałej pracy w stresie i pod presją.

Ważne, aby podczas edukacji wskazać na występowanie objawów, najczęściej odbieranych subiektywnie jako zmęczenie, niechęć do pracy i apatia – jako pierwszych symptomów wskazujących na ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych.

W ramach profilaktyki należy omówić kwestie zarówno profilaktyki w miejscu pracy, jak i przeciwdziałania zaburzeniom w życiu prywatnym, czyli samoobserwacja stanu zdrowia, przestrzeganie właściwej higieny psychicznej, zapobieganie nadwadze i otyłości, dbałość o odpowiedni poziom aktywności fizycznej, zaprzestanie palenia tytoniu i nadużywania substancji psychoaktywnych – alkoholu i innych.

Uczestnicy działań edukacyjnych w ramach programu winni nabyć umiejętności reagowania w sytuacjach stresowych, minimalizowania leku i wypalenia zawodowego a także poznać techniki redukcji stresu i napięcia nerwowego.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Za ten element edukacji, w tym przygotowanie i przeprowadzenie testu, odpowiedzialne będą osoby wskazane przez beneficjenta, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe” (patrz s. 35).

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej spełniającej kryteria włączenia i nie będą ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych beneficjenta. Edukacja powinna mieć miejsce co najmniej dwa razy w roku w każdej gminie i mieście na prawach powiatu na terenie objętym projektem.

Podczas działań edukacyjnych beneficjenci mogą wykorzystać własne materiały pogładowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo mogą posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje działające na rzecz zdrowia psychicznego i temu podobne podmioty.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważnym jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

#### **Działania edukacyjne**

- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera m.in. informacje o objawach, diagnostyce i zakresie możliwego zapobiegania zaburzeniom lękowym;
- informacja o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

#### **ad 4. Przeprowadzenie kompleksowych działań z zakresu terapii zaburzeń lękowych**

Działania z zakresu terapii zaburzeń lękowych zostaną wykonane w populacji osób aktywnych zawodowo, po uzyskaniu pisemnej zgody uczestników. Wsparciem terapeutycznym zostaną objęte osoby z grup ryzyka, w tym także długotrwale pracujące w stanach stresu, presji i obciążenia psychicznego.

##### **1. Kwalifikacja do badań przesiewowych**

Włączenie do tego etapu będzie odbywało się poprzez wypełnienie przez pielęgniarkę ankiety dotyczącej występowania subiektywnych kryteriów włączenia do badania, omawianych w wcześniejszej części programu – podczas działań edukacyjnych.

##### **2. Badanie lekarskie przez lekarza specjalistę**

Lekarz, o specjalnościach wymienionych w wymaganiach kadrowych, wykona wstępną ocenę sytuacji klinicznej pacjenta poprzez ocenę stanu psychicznego przy użyciu kwestionariusza GAD-7 oraz PHQ-9.

Rozpoznanie i kwalifikacja do dalszych działań terapeutycznych opierać się będzie na ocenie klinicznego prawdopodobieństwa występowania zaburzeń lękowych, oszacowanego za pomocą jednej ze sposobów klasyfikacji:

1. **DSM-IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego:
  - Zespół lęku napadowego (z lub bez agorafobii)

- Agorafobia
- Lęk uogólniony
- Zespół natręctw (zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne - OCD)
- Fobie specyficzne
- Fobia społeczna
- Zespół stresu pourazowego (PTSD)
- Ostra reakcja na stres
- Zaburzenia lękowe spowodowane chorobą somatyczną
- Zaburzenia lękowe spowodowane zażywaniem substancji psychoaktywnych
- Zaburzenia lękowe w przebiegu innych zaburzeń psychicznych

oraz (w przypadku podejrzenia występowania zarówno zaburzeń lękowych jak i zaburzeń depresyjnych)

## 2. Klasyfikacja ICD-10: F - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania:

- F 40 Zaburzenia lękowe w postaci fobii
- F 41 Inne zaburzenia lękowe
- F 42 Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
- F 43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
- F 44 Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
- F 45 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną
- F 48 Inne zaburzenia nerwicowe

### **Kryteria diagnostyczne według klasyfikacji DSM-IV obejmować powinny następujące zagadnienia:**

A. Nadmierny lęk lub obawy przed przyszłymi wydarzeniami, występujący często (częściej występuje niż nie występuje) przez okres co najmniej 6 miesięcy, dotyczący codziennych aktywności (szkoła, praca itd).

B. Dana osoba nie jest w stanie poradzić sobie z objawami i ich kontrolować.

C. Lęk lub obawy są związane z trzema (lub więcej) symptomami, wymienionymi poniżej (a przynajmniej niektóre z tych symptomów są częste – częściej występują niż nie występują – w okresie co najmniej 6 miesięcy):

- Niepokój psychoruchowy, nerwowość lub napięcie emocjonalne.
- Łatwe męczenie się.
- Problemy z koncentracją uwagi lub uczucie pustki w głowie.
- Drażliwość.
- Wzmoczone napięcie mięśniowe.

- Problemy z zasypianiem, wstawaniem lub niespokojny sen/niewysypianie się.

D. Do symptomów można również zaliczyć nudności, wymioty i przewlekłe bóle brzucha.

E. Zaburzenia nie można przypisać skutkom działania substancji (np. używek, leków), ani następstwom innych chorób (np. nadczynność tarczycy).

F. Zaburzenie nie może być łatwiejsze do wyjaśnienia obecnością innych zaburzeń psychicznych takich, jak zespół lęku napadowego, fobia społeczna, odosobnienie od osób bliskich, przyrost wagi w przebiegu jadłowstrętu psychicznego, zaburzenia somatyzacyjne lub przekonanie o obecności poważnej choroby somatycznej (hipochondria) etc.

**Kryteria diagnostyczne według klasyfikacji ICD-10 obejmować powinny następujące zagadnienia:**

A) co najmniej sześciomiesięczny okres wyraźnego napięcia, zaniepokojenia i obaw o codzienne wydarzenia i problemy;

B) co najmniej cztery spośród następujących objawów muszą być obecne, w tym co najmniej jeden spośród objawów:

- objawy pobudzenia układu autonomicznego,
- objawy z okolic klatki piersiowej i brzucha,
- objawy związane z funkcjonowaniem mózgu i umysłem,
- objawy ogólne,
- objawy napięcia
- inne objawy niespecyficzne;

C) zaburzenie nie spełnia kryteriów zaburzenia lęku panicznego (F41.0), zaburzeń lękowych pod postacią fobii (F40.-), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (F42.-) lub hipochondrii (F45.2);

D) najczęstsze zaburzenia wymagające wykluczenia: lęk wywołany chorobami somatycznymi, takimi jak nadczynność tarczycy, organiczne zaburzenia psychiczne (F0) lub zaburzenia związane z substancjami psychoaktywnymi (F1), również takie jak przyjmowanie pochodnych amfetaminy lub zespół odstawienny wywołany uzależnieniem od benzodiazepin.

**3. Ustalenie planu terapii**

Po badaniu lekarskim, ci uczestnicy programu, u których zostaną potwierdzone zaburzenia lękowe zostaną włączeni do dalszych etapów uczestnictwa w programie.

Ustalony zostanie przez lekarza specjalistę plan terapii, który:

- określi możliwości redukcji zaburzeń w ramach uczestnictwa w programie;
- pozwoli na opracowanie diagnozy funkcjonalnej;



- umożliwi uzyskanie diagnozy zaburzeń z zakresu komunikacji i funkcjonowania społecznego, rodzinnego, zawodowego.

Podczas procesu konsultacyjnego zostanie dla uczestnika programu wskazana właściwa forma terapeutyczna – prowadzenie terapii indywidualnej czy grupowej. Ustalona zostanie także przyczyna występowania zaburzeń i objęcie jej (w razie potrzeby) terapią.

#### **4. Działania terapeutyczne**

Następnie, dla grupy osób u których opracowano plan terapii, wdrożone zostaną działania terapeutyczne. W ich trakcie przewiduje się prowadzenie terapii indywidualnych oraz grupowych. Będą stosowane strategie z zakresu interwencji psychospołecznych, a także terapii poznawczo-behawioralnej (radzenia sobie ze stresem, zapewniania wsparcia społecznego, edukacji, technik pamięciowych). Ważnym elementem programu może być arteterapia (terapia narracyjna, drama) oraz metody warsztatowe (np. warsztaty umiejętności okazywania emocji, wyrażania uczuć, doradztwo zawodowe, podnoszenie kompetencji osobistych) a także zastosowanie biblioterapii (stosowanie materiałów czytelnicych jako pomocy terapeutycznej z asystą lekarza lub bez).

Terapia behawioralno-poznawcza (CBT) jest zgodnie z wytycznymi NICE zalecaną metodą postępowania terapeutycznego w zaburzeniach zdrowia psychicznego, należy jednak zaznaczyć, że jej rekomendowany rodzaj, częstość i czas trwania różnią się w zależności od rodzaju zaburzenia.

W związku z powyższym terapia winna być zaplanowana i dostosowana do potrzeb konkretnego uczestnika programu uwzględniając rozpoznane zaburzenia lekowe i ich nasilenie.

##### **a) sesje terapeutyczne**

Niemniej jednak ze względów organizacyjnych przewiduje się, iż w okresie 12 miesięcy, w zależności od potrzeb, odbycie minimalnie 12 spotkań terapeutycznych (raz w miesiącu) z uczestnikami programu. Spotkania te mogą przebiegać w poradniach, gabinetach współpracujących z wykonawcą programu, środowisku lokalnym lub innych miejscach, w których przebywa uczestnik, a pozwalają na realizację założeń i osiągnięcie wyznaczonych celów. W ich trakcie przewiduje się stosowanie strategii z zakresu interwencji psychospołecznych, a także terapii poznawczo-behawioralnej (radzenie sobie ze stresem, zapewnianie wsparcia społecznego, edukacja, techniki pamięciowe). Beneficjent może fakultatywnie wykorzystać do pracy z osobami uczestniczącymi w programie w środowisku lokalnym różnorodne metody i formy wsparcia – np. organizować zawody sportowe, warsztaty kulinarne, wycieczki, koncerty, akcje społeczne, zwiększające kompetencje uczestników spotkań itp.

##### **b) sesje superwizyjne dla personelu uczestniczącego w projekcie**

W ramach programu sugerowane jest zorganizowanie konsultacji psychologicznych, które powinny być dostępne również dla personelu medycznego sprawującego opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, co byłoby zgodne z wytycznymi JCPMF 2016.

Rolą superwizji jest pomagać psychoterapeucie lepiej leczyć pacjenta. Jednocześnie stanowi formę kształcenia i nabywania doświadczeń dla psychoterapeutów. Sugerowane jest zaplanowanie jednej grupowej sesji na kwartał, dla personelu na terenie województwa.

## 5. Podsumowanie terapii i ocena lekarska

Po 12 miesiącach wsparcia terapeutycznego obligatoryjnie należy przeprowadzić spotkanie konsultacyjne, na którym lekarz, o specjalnościach wymienionych w wymaganiach kadrowych, wykona powtórny ocenę sytuacji klinicznej pacjenta poprzez ocenę stanu psychicznego przy użyciu kwestionariusza GAD-7 oraz PHQ-9, porówna wyniki początkowe z końcowymi oraz omówi je z uczestnikiem.

W odnalezionych rekomendacjach w zakresie rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi podkreśla się 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. W związku z powyższym beneficjenci muszą przeprowadzić u każdego uczestnika będącego w programie następujące interwencje, składające się na pełen cykl działań terapeutycznych:

- wstępną ocenę stanu psychicznego wraz z diagnozą funkcjonalną;
- diagnozę zaburzeń z zakresu komunikacji i funkcjonowania społecznego, rodzinnego, zawodowego;
- w okresie 12 miesięcy odbyć minimalnie 12 spotkań terapeutycznych (raz w miesiącu);
- po 12 miesiącach wsparcia terapeutycznego przeprowadzić powtórne spotkanie konsultacyjne.

Wszystkie ww. elementy działań terapeutycznych muszą być realizowane przez poszczególnych beneficjentów, którzy otrzymują dofinansowanie na realizację swoich projektów.

Rekomendacje kliniczne wskazują również, że realizowane programy powinny zapewniać osobom z nieprawidłowymi wynikami badań przesiewowych odpowiednie poradnictwo oraz - w razie potrzeby - dalszą opiekę (follow -up care), koniecznej w przypadku dodatniego wyniku badań przesiewowych. W przypadku wykrycia zaburzeń psychicznych, wykraczających poza zakres tematyczny programu, osoby będą informowane o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły się zająć szczegółową diagnostyką i leczeniem.

### ad 5. Monitoring działań w ramach programu

Ostatnim elementem będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Uczestnicy programu

podczas wizyty podsumowującej zostaną poproszeni o wypełnienie ankiety oceniającej satysfakcję uczestnika programu.

#### **b. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Od beneficjentów będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Wszystkie planowane interwencje będą prowadzone z zachowaniem warunków fachowych i sanitarnych ustalonych dla tych procedur medycznych, wynikających z aktualnych norm i przepisów prawa [29]. Budynek, w którym mieści się gabinet lekarski, powinien być dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych [30].

Beneficjent wybrany w drodze konkursu będzie dysponować wymaganą kadrami, pomieszczeniami oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych procedur medycznych.

W realizacji interwencji zastosowane będą wyroby medyczne zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe.

Dokumentacja medyczna powstająca w trakcie realizacji programu będzie prowadzona i przechowywana w placówce medycznej, udzielającej świadczeń w ramach programu. Warunki będą zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

#### **Wymagania kadrowe**

1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii;

lekarz specjalista – lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny; albo

2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii;

lekarz w trakcie specjalizacji – lekarz, który:

- a) rozpoczął specjalizację w szeregowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r.  
– w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2015 r., poz. 464, 1633, 1893, 1991 i 2199; Dz.U. z 2016 r., poz. 65), oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w poradni specjalistycznej;

- b) ukończył pierwszy rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiającą samodzielną pracę w poradni specjalistycznej;
- 3) psycholog lub psycholog kliniczny;
  - 4) pielęgniarka;
  - 5) pozostały personel:
    - a) terapeuta zajęciowy i/lub;
    - b) certyfikowany psychoterapeuta i/lub ;
    - c) edukator, osoba posiadająca doświadczenie, wiedzę i umiejętności praktyczne w wykonywaniu działań edukacyjnych, posiadająca wykształcenie średnie medyczne lub ukończone studia na kierunkach mających zastosowanie w realizacji zadań wynikających z niniejszego programu – np. zdrowie publiczne, pielęgniarstwo.

Beneficjent jest także zobowiązany do zapewnienia zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania – sprzętu medycznego i pomocniczego, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi [29].

## 5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

### **Kontynuacja/trwałość programu**

Program jest zaplanowany na lata 2019–2022, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Instytucji Zarządzającej i posiadanych zasobów finansowych

### **Monitorowanie**

Ocena zgłaszalności to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z założeń i prognoz realizacji programu przez konkretnego beneficjenta i zakładanej populacji docelowej.

Bieżąca ocena będzie polegała na analizie przez beneficjenta raportów okresowych tworzonych w rocznych interwałach.

Beneficjent będzie także zobligowany do złożenia raportów rocznych i raportu końcowego Instytucji Zarządzającej, po zakończeniu działań w ramach programu. Monitoringowi zostanie poddana m.in. liczba zgód na udział w programie, liczba wykonanych poszczególnych badań przesiewowych, liczba uczestników działań edukacyjnych. Jej zmiana w poszczególnych latach programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ponadto szczególna uwaga winna zostać zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie, pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu, lub też nie mogła w pełni w nim uczestniczyć z innych powodów, np. zdrowotnych. Beneficjent przeanalizuje i uwzględni przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane do możliwej minimalizacji podobnej sytuacji w kolejnych latach realizacji programu.

Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez beneficjenta programu, a ich jakość regularnie monitorowana za pomocą samodzielnie opracowanego narzędzia, np. ankiety satysfakcji uczestnika programu. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych

uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą podniesieniu jakości prowadzonego programu i zwiększeniu poziomu zadowolenia uczestników.

### Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Celem ewaluacji jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

Ewaluacja jest zatem procesem doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom i uczestnikom programu.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągania większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja Zarządzająca.

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów.

Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem ich realizacji:

- liczba osób aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego, którzy wzięli udział w programie;
- liczba osób aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego, u których wykryto wcześniej niezdiagnozowane zaburzenia lękowe;
- liczba osób aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej zaburzeń lękowych i zdrowia psychicznego - zakładane minimum 20% populacji;
- wskaźniki długookresowego badania występowania zaburzeń lękowych wśród osób aktywnych zawodowo oraz osób aktywnych zawodowo powyżej 50 roku życia mieszkających w województwie warmińsko-mazurskim - spadek o 5% przypadków hospitalizacji z powodu powikłań wynikających z zaburzeń lękowych;
- ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników.

Powyższe wskaźniki będą analizowane odpowiednimi narzędziami, wykorzystane zostaną dane uzyskane np. z raportów z monitoringu.

## 6. Koszty

### a. Planowane koszty całkowite

Planowane koszty całkowite, ustalone przez Instytucję Zarządzającą RPO WiM 2014–2020 – Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego, to

- a) kwota 676 965,67 euro (słownie: sześćset siedemdziesiąt sześć tysięcy dziewięćset sześćdziesiąt pięć euro 67/100). Do przeliczeń w ramach alokacji przeznaczonej na realizację RPZ wykorzystano przelicznik 1 euro - 4,2161 zł, co daje kwotę 2 854 154,96 zł (słownie: dwa miliony osiemset pięćdziesiąt cztery tysiące sto pięćdziesiąt cztery złote 96/100)\*. Alokacja z wkładem własnym wynosi 710 813,95 euro (siedemset dziesięć tysięcy osiemset trzynaście euro 95/100, co daje 2 996 862,71 zł w tym:
- koszty pośrednie (koszty zarządzania, wyliczone zgodnie z zapisami *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020*): 390 512,71zł

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków koszty pośrednie rozliczane są z wykorzystaniem następujących stawek ryczałtowych:

- 25% kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich\* do 830 tys. PLN włącznie,
- 20% kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich\* powyżej 830 tys. PLN do 1 740 tys. PLN włącznie,
- 15 % kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich\* powyżej 1 740 tys. PLN do 4 550 tys. PLN włącznie,
- 10% kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich\* przekraczającej 4 550 tys. PLN.

\* z pominięciem kosztów racjonalnych usprawnień, o których mowa w *Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014–2020*.

Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014–2020.

Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet projektów.



Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020* oraz *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020*.

## **b. Koszty jednostkowe**

### **Planowane koszty jednostkowe**

#### **Koszty działań z zakresu terapii zaburzeń lękowych w ramach programu**

- wstępna ocena stanu psychicznego wraz z opracowaniem diagnozy funkcjonalnej;
- diagnoza zaburzeń z zakresu komunikacji i funkcjonowania społecznego, rodzinnego, zawodowego;
- w okresie 12 miesięcy odbycie minimalnie 12 spotkań terapeutycznych (raz w miesiącu);
- po 12 miesiącach wsparcia terapeutycznego przeprowadzenie powtórnego spotkania konsultacyjnego z oceną stanu psychicznego i opracowaniem diagnozy funkcjonalnej.

Koszt realizacji świadczeń diagnostycznych w ramach programu jest zależny od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej, wpływa na niego także liczebność populacji oraz ilość wykonywanych badań ze wskazań lekarskich.

**Ostateczna wysokość kosztów jednostkowych poniesionych na uczestnika programu będzie zależała od indywidualnych potrzeb diagnostycznych poszczególnych osób biorących udział w programie.**

**Poszczególne interwencje mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia.**

**Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie.**

Przyjęto uśrednione stawki za realizację poszczególnych procedur w ramach programu, na podstawie danych opublikowane na stronach internetowych Tourmedica.pl Sp. z o.o.

Szczegółowe składowe opisano poniżej. Przybliżony koszt działań z zakresu terapii zaburzeń lękowych w ramach programu przedstawiają tabele 6, 7 i 8.

**Tabela 6. Koszty działań z zakresu terapii zaburzeń lękowych**

<b>Rodzaj badania</b>	<b>Koszt jednostkowy</b>
Badanie lekarskie wstępne - ankiety	50 zł
Badanie lekarskie specjalistyczne – ustalenie planu terapii i diagnozy funkcjonalnej	300 zł

Sesje terapeutyczne	1 200 zł
Powtórne badanie lekarskie i podsumowanie cyklu terapii	350 zł

Źródło: opracowanie własne.

**Tabela 7. Spotkanie konsultacyjne w podziale na poszczególne elementy i sugerowany czas ich trwania**

Lp.	Nazwa elementu	Czas trwania (h)
1.	Opracowanie diagnozy funkcjonalnej	1,5
2.	Diagnoza zaburzeń z zakresu funkcjonowania społecznego, rodzinnego, komunikacji	0,5
3.	Ustalenie planu terapii	1,0
<b>SUMA</b>		<b>3,0</b>

Źródło: opracowanie własne.

Przy założeniu, że koszt 1 godziny pracy personelu wykonującego czynności podczas procesu konsultacyjnego wyniesie 100,00 zł można oszacować, że całkowity koszt wyniesie 300,00 zł w przeliczeniu na jednego uczestnika.

Kolejnym składnikiem kosztu jednostkowego są koszty spotkań w ramach terapii indywidualnej. Założono, że ma się odbyć co najmniej 12 takich meetingów dla każdego uczestnika programu. Koszt jednego szacuje się na około 100,00 zł/osobę. Biorąc pod uwagę powyższe dane, minimalny koszt cyklu spotkań w ramach terapii można określić na około 1 200,00 zł/osobę.

Ostatnią składową kosztów jest powtórne badanie i spotkanie podsumowujące terapię, które składa się w uzupełnienia ankiety i powtórnej diagnozy, którego koszt szacuje się na 350 zł/osobę.

Działaniami diagnostycznymi planuje objąć się do 10.000 osób z populacji docelowej w całym okresie trwania programu (około 2.500 osób rocznie)

Zakłada się, że około 2.500 osób (625 osób rocznie) po wypełnieniu ankiety zakwalifikuje się do odbycia wizyty lekarskiej, na której zostanie przygotowana diagnoza funkcjonalna, do kolejnego etapu – sesji terapeutycznych, zostanie zakwalifikowane około 25%, czyli 625 osób (156 osób rocznie), u których lekarz stwierdzi ryzyko wystąpienia zaburzeń lekowych i one później przejdą spotkanie podsumowujące.

**Tabela 8. Koszt całkowity interwencji w ramach programu**

Populacja	Koszt jednostkowy	Rodzaj badania	Suma kosztów (zł)
10000	50 zł	Badanie lekarskie wstępne - ankiety	500 000
2500	300 zł	Badanie lekarskie specjalistyczne – ustalenie planu terapii i diagnozy funkcjonalnej	750 000
625	1 200 zł	Sesje terapeutyczne	750 000
625	350 zł	Powtórne badanie lekarskie i podsumowanie cyklu terapii	218 750
<b>SUMA</b>			<b>2 218 750zł</b>

**Tabela 9. Roczny koszt interwencji w ramach programu**

Populacja	Koszt jednostkowy	Rodzaj badania	Suma kosztów (zł) <sup>1</sup>
2500	50 zł	Badanie lekarskie wstępne - ankiety	125 000
625	300 zł	Badanie lekarskie specjalistyczne – ustalenie planu terapii i diagnozy funkcjonalnej	187 500
156 <sup>2</sup>	1 200 zł	Sesje terapeutyczne	187 500
156 <sup>3</sup>	350 zł	Powtórne badanie lekarskie i podsumowanie cyklu terapii	54 687,50
<b>SUMA</b>			<b>554 687,50</b>

### Koszty działań edukacyjnych dla uczestników programu

Koszt pracy osoby prowadzącej wykłady wyniesie 400,00 zł za jedno spotkanie. Liczba jednostek administracyjnych, w których mogą się odbyć działania edukacyjne (JST) w województwie warmińsko-mazurskim wynosi 118 (liczba miast na prawach powiatu – 2; liczba gmin miejskich – 16; liczba gmin miejsko-wiejskich – 33; liczba gmin wiejskich – 67).

<sup>1</sup> Poniższe wartości zostały obliczone w oparciu o koszty całkowite interwencji.

<sup>2</sup> Wartość zaokrąglona względem wartości pierwotnej 156,25. W obliczeniach kosztów wykorzystano wartości pierwotne.

<sup>3</sup> Wartość zaokrąglona względem wartości pierwotnej (156,25). W obliczeniach kosztów wykorzystano wartości pierwotne.

Można zatem oszacować, że maksymalny koszt przeprowadzenia działań edukacyjnych wyniesie około 377 600 zł i tej wysokości środki zostaną zabezpieczone w budżecie programu na realizację działań edukacyjnych:

$400,00 \text{ zł} \times 118 \text{ JST} \times 2 \text{ razy w roku} \times 4 \text{ lata programu} = 377\,600,00 \text{ zł}$ .

Działaniami edukacyjnymi w ramach programu planuje się objąć minimum 20% docelowej populacji (mężczyzn w wieku 18–64 lata i kobiet w wieku 18–59 lat), czyli około 131 tys. osób w całym okresie trwania programu. Koszty działań edukacyjnych szacowane są na poziomie około 2,88 zł/osobę.

Zakłada się także **sesje konsultacyjne dla personelu medycznego** uczestniczącego w terapii.

Winno odbyć się co najmniej 16 grupowych sesji superwizyjnych, trwających po 5 godzin (co 3 miesiące przez cały okres trwania badania).

Koszt godziny pracy konsultanta w ramach sesji szacowany jest na około 125 zł, co daje łącznie 10 000 zł.

$125,00 \text{ zł} \times 5 \text{ godzin} \times 4 \text{ razy w roku} \times 4 \text{ lata programu} = 10\,000 \text{ zł}$ .

**Powyższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od wniosków, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne wnioski mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia.**

#### Planowane koszty całkowite programu

Koszty całkowite programu można podzielić na następujące elementy:

- koszty zarządzania programem – koszty pośrednie, w tym
  - koszty monitorowania i ewaluacji
  - koszty monitorowania i ewaluacji szacuje się na około 5.000 zł rocznie, co daje 20.000 zł w całym okresie trwania programu.
- koszty kompleksowych badań przesiewowych w ramach programu,
- koszty działań edukacyjnych

Szczegółowe składowe opisano poniżej.

#### Koszty zarządzania programem

Katalog kosztów oraz ich wysokość musi być zgodny z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020*.

Wysokość kosztów jest maksymalną wartością przybliżoną. Ostatecznie będzie uzależniona od wartości poszczególnych projektów. Wysokość kosztów pośrednich regulują przedmiotowe wytyczne.

Koszty pośrednie mogą się różnić w zależności od projektów.

Pełny katalog tych kosztów został wskazany w *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020*.

Koszty pośrednie stanowią koszty administracyjne związane z obsługą projektu, w szczególności:

- a) koszty koordynatora lub kierownika projektu oraz innego personelu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia tych osób, ich delegacji służbowych i szkoleń oraz koszty związane z wdrażaniem polityki równych szans przez te osoby,
- b) koszty zarządu (koszty wynagrodzenia osób uprawnionych do reprezentowania jednostki, których zakresy czynności nie są przypisane wyłącznie do projektu, np. kierownik jednostki),
- c) koszty personelu obsługowego (obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, sekretariat, kancelaria, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania jednostki,
- d) koszty obsługi księgowej (wynagrodzenia osób księgujących wydatki w projekcie, w tym zlecenia prowadzenia obsługi księgowej projektu biuru rachunkowego),
- e) koszty utrzymania powierzchni biurowych (czynsz, najem, opłaty administracyjne) związanych z obsługą administracyjną projektu,
- f) wydatki związane z otwarciem lub prowadzeniem wyodrębnionego na rzecz projektu subkonta na rachunku bankowym lub odrębnego rachunku bankowego,
- g) działania informacyjno-promocyjne projektu (np. zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, utworzenie i prowadzenie strony internetowej o projekcie, oznakowanie projektu, plakaty, ulotki, itp.),
- h) amortyzacja, najem lub zakup aktywów (środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych) używanych na potrzeby osób, o których mowa w lit. a - d,
- i) opłaty za energię elektryczną, ciepłą, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków w zakresie związanym z obsługą administracyjną projektu,
- j) koszty usług pocztowych, telefonicznych, internetowych, kurierskich związanych z obsługą administracyjną projektu,
- k) koszty biurowe związane z obsługą administracyjną projektu (np. zakup materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych, koszty usług powielania dokumentów),
- l) koszty zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy,
- m) koszty ubezpieczeń majątkowych.

Planowany budżet całkowity podsumowano w Tabeli 9.

**Tabela 9. Planowany budżet całkowity**

Rodzaj kosztów	Koszt całkowity	Koszt roczny
działania edukacyjne	377 600	94 400
Badanie lekarskie wstępne - ankiety	500 000	125 000
Badanie lekarskie specjalistyczne – ustalenie planu terapii i diagnozy funkcjonalnej	750 000	187 500
Sesje terapeutyczne	750 000	187 500
Powtórne badanie lekarskie i podsumowanie cyklu terapii	218 750	54 687,50
sesje konsultacyjne	10 000	2 500
Razem koszty bezpośrednie	2 606 350	651 587,50
koszty pośrednie	390 512,71	97 628,18
łącznie	2 996 862,71	749 215,68

Źródło: opracowanie własne.

Koszty pośrednie stanowią 14,98% liczone względem kosztów bezpośrednich.

#### **c. Źródła finansowania, partnerstwo**

Program będzie finansowany w 85% ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Środki pochodzące z budżetu państwa stanowią 10%. Wkład własny beneficjenta, dla tego typu projektu, musi wynosić co najmniej 5%.

## 7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów

### a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania diagnostyczne i terapeutyczne

#### ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

##### 1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Inne uwagi**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.  
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług  
i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.  
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*





### c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

#### ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak

- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

**Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?**

.....  
 .....  
 .....

**O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?**

.....  
 .....  
 .....

**Inne uwagi.**

.....  
 .....  
 .....

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.  
 Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług  
 i najwyższego komfortu uczestnikom programu.  
 Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

## 8. Bibliografia

1. Meyer, R.: *Psychopatologia. Jeden przypadek – wiele teorii*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
2. Rachman, S.: *Zaburzenia lękowe*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
3. Borowiecka-Kluza, J.: Zaburzenia nerwicowe (lękowe) związane ze stresem i pod postacią somatyczną. *Medycyna Praktyczna. Psychiatria*;  
<https://psychiatria.mp.pl/choroby/77401,zaburzenia-nerwicowe-lekowe-zwiazane-ze-stresem-i-pod-postacia-somatyczna> [dostęp: 30.07.2018].
4. Aleksandrowicz, J.: *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
5. Bryant, R., Harvey, A.: *Zespół ostrego stresu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
6. Carson, R., Butcher, J., Mineka, S.: *Psychologia zaburzeń*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
7. Seligman, E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L.: *Psychopatologia*. Zysk i S-ka, Poznań 2003.
8. Bryńska, A.: *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
9. Kennerley, H.: *Terapia lęku. Podręcznik treningu opanowania lęku*. Alliance Press, Gdynia 2006.
10. Konopka, A., Wroński, M., Samochowiec, J.: Możliwości medycyny w zakresie leczenia lęku — historia i współczesność. *Psychiatria 2013*; 10(2): 55–62.
11. Faravelli, C., Alessandra Scarpato, M., Castellini, G., Lo Sauro, C.: Gender differences in depression and anxiety: The role of age. *Psychiatry Res. 2013*; 210(3): 1301–3.
12. Eaton, W.W., Bienvenu, O., Miloyan, B.: Specific phobias. *Lancet Psychiatry 2018*; 5(8): 678–686; doi: 10.1016/S2215-0366(18)30169-X.
13. Korpinen, L., Pääkkönen, R.: Self-reported depression and anxiety symptoms and usage of computers and mobile phones among working-age. *Finns. Int J Occup Saf Ergon. 2015*; 21(2): 221–8; doi: 10.1080/10803548.2015.1029292.
14. Mamo, C., Farina, E., Cicio, R., Fani, M.: Anxiety and dysthymia: Local prevalence estimates based on drug prescriptions by general practitioners in Turin (Italy). *Ann Ig. 2014*; 26(2): 131–6; doi: 10.7416/ai.2014.1967.
15. Veale, D., Roberts, A.: Obsessive-compulsive disorder. *BMJ. 2014*; 348: g2183; doi: 10.1136/bmj.g2183.
16. Ministerstwo Zdrowia: *Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski*; <http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/01/polska-1.pdf> [data dostępu: 02.08.2018].

17. Główny Urząd Statystyczny: *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*. GUS, Warszawa 2016.
18. Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T. et al.: Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 15–27.
19. Ministerstwo Zdrowia: *Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla woj. warmińsko-mazurskiego*; [http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/12/podsumowanie\\_mpz\\_14.pdf](http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/12/podsumowanie_mpz_14.pdf) [dostęp: 02.08.2018].
20. Wojtyniak, B., Goryński, P. (red.): *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.
21. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1545–602.
22. Narodowy Fundusz Zdrowia: <http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/> [dostęp: 04.08.2018].
23. Rzewuska, M., Pużyński, S., Jarema, M. et al.: Standardy i algorytmy farmakoterapii w zaburzeniach lękowych i obsesyjno-kompulsyjnych. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii* 1999; 15(1): 7–18.
24. Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., et al.: Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J. Clin. Psychiatry* 1998; 59 (suppl. 8): 47–54.
25. Główny Urząd Statystyczny: *Aktywność ekonomiczna ludności Polski. I kwartał 2018 r.* GUS, Warszawa 2018.
26. Band Danych Lokalnych: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>.
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz.U. z 2010 r., nr 252, poz. 1697; <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20102521697> [dostęp: 26.07.2018].
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz.U. z 2011 r., nr 151, poz. 896; <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111510896> [dostęp: 26.07.2018].
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz.U. z 2012 r., poz. 739; <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2012/739/1> [dostęp: 26.07.2018].
30. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie, Dz.U. z 2002 r., nr 75, poz. 690; <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20020750690> [dostęp: 26.07.2018].