

**Załącznik do sprawozdania z realizacji MPOZP na
lata 2013-2015**

OPIS PROGRAMU:

**Pomoc w powrocie do zdrowego
funkcjonowania psychicznego.**

**Program profilaktyki głębokich, nawracających
zaburzeń psychicznych (GZP)**

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO:

a. Problem zdrowotny

Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego Polaków jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym także związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych - alkoholu, narkotyków i leków. Od wielu lat, z roku na rok, zwiększa się liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego w ciągu 15 lat, od 1990 r. do 2004 r., wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 131% (z 1.629 do 3.763 na 100 tys. ludności), a wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji o 45% (z 362 do 526 na 100 tys. ludności). Przy czym, bardziej niż wskaźniki rozpowszechnienia rosną wskaźniki zapadalności (tzn. zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia w danym roku). Między 1990 r. a 2004 r. wskaźnik zapadalności w lecznictwie ambulatoryjnym wzrósł o 136% (z 444 do 1.046 na 100 tys. ludności), a w lecznictwie całodobowym wzrósł o 84% (z 129 do 237 na 100 tys. ludności).

W lecznictwie ambulatoryjnym, we wszystkich analizowanych latach, najczęściej leczone były osoby z zaburzeniami niepsychotycznymi, a w ciągu 15 lat wskaźnik tych zaburzeń wzrósł o 85%. Następną grupą rozpoznań, pod względem wielkości wskaźnika, są zaburzenia psychotyczne, z ponad 3-krotnym (220%) jego wzrostem oraz zaburzenia poalkoholowe z 80% wzrostem wskaźnika. Najniższe wskaźniki w liczbach bezwzględnych charakteryzują zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, jednak ich wzrost w analizowanym okresie jest najwyższy, ponad ośmiokrotny (z 12 do 758 na 100 tys. ludności). W lecznictwie całodobowym, we wszystkich latach najczęściej hospitalizowane były osoby z zaburzeniami psychotycznymi (ze wzrostem wskaźnika w ciągu 15 lat o 29%), a następnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (ze wzrostem wskaźnika o 63%).

Tendencje te występują w Polsce, Europie i na całym świecie. Według prognoz depresja stanie się drugim, co do wielkości problemem zdrowotnym w Europie oraz jedynym zaburzeniem psychicznym, którego koszty leczenia w przeliczeniu na jednostkę chorobową będą rosły. Podobnie, w sposób ostrożny, można prognozować w obszarze innych głębszych zaburzeń psychicznych, szczególnie zaburzeń psychotycznych.

b. Epidemiologia

Dane statystyczne z 2011 r. potwierdzają powyższy problem zdrowotny, że na obszarze Krakowa należy spodziewać się, co roku około 100 nowych zachorowań na schizofrenię oraz około kilkuset (szacunkowo między 200–600) nowych zachorowań na depresję. Z danych z dwóch szpitali psychiatrycznych świadczących usługi dla mieszkańców („dużego”) Krakowa wynika, że ponad 200 osób było hospitalizowanych z powodu kryzysu psychicznego o charakterze reakcji na poważne trudności życiowe, dodatkowe 100 osób miało rozpoznaną depresję epizodyczną, a 80 epizod głębszej dekompensacji o psychotycznym charakterze. Dane te są cząstkowe i z pewnością nie obejmują wszystkich przypadków.

Populacje osób dorosłych bezpośrednio wymagającą profilaktyki pierwszorzędowej, już zdiagnozowanych, należy szacować na około 400 zdiagnozowanych już osób. Programem edukacyjnym należałoby też objąć ich bliskich – najczęściej rodziny, osoby zaangażowane zamieszkujące wspólnie czy osoby zaangażowane – koleżanki i koledzy w miejscu pracy (jeśli taka byłaby potrzeba). W tym miejscu należy podkreślić, że program profilaktyczny obejmuje edukację osób niezdiagnozowanych, zgłaszających się po raz pierwszy po pomoc. Polega przede wszystkim na edukacji i uczuleniu na możliwe szkodliwości oraz wskazaniu rozwiązań prozdrowotnych.

c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Programem zostaną objęci mieszkańcy Miasta Krakowa powyżej 18 roku życia, dotychczas nieleczeni z powodu głębokich zaburzeń psychicznych. Spodziewane jest zdiagnozowanie stanu zwiększonego ryzyka u około 50% beneficjentów programu. Stan zwiększonego ryzyka to stan występowania subklinicznych dolegliwości depresyjnych (bezsensowność, męczliwość, brak satysfakcji z wykonywanych czynności, brak przeżywania uczucia zadowolenia i inne objawy subkliniczne oraz zwiastunowe objawy depresji)

Program ma popierać implementację zachowań prozdrowotnych i aktywować ich walor profilaktyczny.

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

Obecnie nie jest prowadzona profilaktyka w zakresie zdrowia psychicznego w ramach świadczeń oferowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wskaźniki epidemiologiczne wskazują na rosnącą ilość zachorowań. Zgodnie z załącznikiem 1. do NPOZP (Ministerstwo Zdrowia 2011) w ciągu 18 lat, od roku 1990 – do 2007 wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wzrósł o 119% (z 1629 do 3571 na 100.000 tys. ludności) w opiece ambulatoryjnej. W opiece stacjonarnej wzrósł o 50% (z 362 do 542 na 100.000 ludności). Nastąpił wzrost zachowań w zakresie wszystkich kategorii diagnostycznych. Uzasadnione i konieczne jest wdrożenie zatem postępowania zapobiegawczego, nie dopuszczającego do lawinowego wzrostu zachorowań. Przy braku działań profilaktycznych lawinowy wzrost zachorowań przeciążyłby i wyczerpały istniejące zasoby lecznicze, a koszty zaniechania profilaktyki byłyby gigantyczne. Zadanie prowadzenia profilaktyki zostało również nałożone przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

2. CELE PROGRAMU

a. Cel główny

Celem ogólnym programu jest udzielenie porady profilaktycznej osobom z grupy zwiększonego ryzyka, co może opóźnić w czasie lub zapobiec głębszemu kryzysowi. Osoby, u których już występuje zaburzenie psychiczne będą wyłączone z programu i kierowane do leczenia psychiatrycznego. W ten sposób program może się przyczynić do szybszego rozpoczęcia leczenia u osób, które już cierpią na zaburzenie psychiczne. Kolejnym celem programu jest zwiększenie świadomości osób zagrożonych (z grupy wysokiego ryzyka). Spodziewamy się również wzrostu świadomości lekarzy ogólnych odnośnie wiedzy o programie. Celem programu jest również propagowanie zachowań prozdrowotnych.

b. Cele szczegółowe

- 1) Zapobieżenie lub opóźnienie rozwoju głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych poprzez prowadzenie porad profilaktycznych;
- 2) Ocena skuteczności porady profilaktycznej.

c. Oczekiwane efekty

Realizacja proponowanego programu przyniesie szereg trwałych korzyści dla beneficjentów programu, określając zagrożenia zdrowotne w stadium objawów subklinicznych lub objawów zwiastunowych. Dzięki temu beneficjenci, biorący udział w programie, będą mieli możliwość zredukować liczbę i nasilenie objawów subklinicznych oraz zwiastunowych dotyczących sfery poznawczej, emocjonalnej oraz somatycznej.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1. Skala depresji Becka
2. Kwestionariusz satysfakcji beneficjenta z porady profilaktycznej

3. ADRESACI PROGRAMU

a. Populacja włączona do programu

Beneficjenci programu – osoby zagrożone rozwojem głębszych nawrotowych zaburzeń psychicznych, powyżej 18go roku życia zamieszkałe na terenie miasta Krakowa.

b. Tryb zapraszania do programu

Potencjalni beneficjenci będą informowani o możliwości skorzystania z programu w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Krakowa, środkach masowego przekazu, programie lokalnej stacji telewizyjnej TVP Kraków oraz poprzez gazety codzienne. Pacjenci będą mogli rejestrować się telefonicznie. Jednocześnie przewidziana jest specjalna kampania informacyjna dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dotycząca Programu.

4. ORGANIZACJA PROGRAMU

a) Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Osoby skierowane do Programu będą poddane kompleksowej diagnozie, która będzie decydowała o tym, jakie konkretne działania profilaktyczne zostaną wdrożone. Do diagnozy poza pogłębionym wywiadem użyte zostaną specjalne narzędzia (kwestionariusze) – kwestionariusz Becka i Kwestionariusz Oceny Satysfakcji Beneficjenta z Porady Profilaktycznej, które później użyte zostaną również do ewaluacji skuteczności Programu.

b) Planowane interwencje

- 1) sesja edukacyjna wspierająca mechanizmy radzenia sobie z prodromalnymi dolegliwościami. Możliwość uczestnictwa do 6 miesięcy, częstotliwość spotkań w zależności od potrzeb. Sesja edukacyjna ma na celu wypracowanie świadomości zagrożeń zdrowia u beneficjenta Programu oraz wskazanie mu konkretnych propozycji rozwiązań problemów i sposobów implementacji zachowań prozdrowotnych, o profilaktycznym charakterze;
- 2) edukacyjne konsultacje rodzinne pozwalające na wzmocnienie struktury systemu rodzinnego, poprzez określenie obszarów problemowych i modelowanie mechanizmów radzenia sobie z problemem. Konsultacja edukacyjna ma nauczyć identyfikacji zagrożeń i umożliwić dalszą pracę nad wdrożeniem proponowanych w konsultacji rozwiązań;
- 3) w przypadku rozpoznania rozwiniętych „GZP” (głęboka depresja, psychoza, zaburzenie osobowości) przekazanie do dalszego leczenia do odpowiedniej placówki medycznej.

c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Osoby skierowane do programu poddane będą kompleksowej diagnozie, która zadecyduje o tym, jakie konkretne działania profilaktyczne zostaną wprowadzone. Do diagnozy, poza pogłębionym wywiadem, użyte zostaną specjalne narzędzia (kwestionariusze), które później wykorzystane zostaną również do ewaluacji skuteczności Programu.

d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

- 1) Świadczenia w ramach programu udzielane będą bezpłatnie.
- 2) Dostęp do świadczeń otwarty będzie dla wszystkich mieszkańców Krakowa powyżej 18go roku życia, nieleczonych z powodu głębokich zaburzeń psychicznych
- 3) Świadczenia udzielane będą do wyczerpania środków

e) Sposoby powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Beneficjenci będą zapraszani do programu m.in. za pośrednictwem placówek finansowanych ze środków publicznych, dzięki czemu instytucje te zostaną częściowo odciążone od stale rosnącej liczby pacjentów.

f) Sposoby zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Program przewiduje od 1 do 3 porad profilaktycznych. Beneficjenci, u których zaistniała potrzeba leczenia zostaną skierowani w odpowiednie miejsca, do specjalistów udzielających świadczeń zdrowotnych. Zakłada się, że większość beneficjentów wymagać będzie głównie porad profilaktycznych.

Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Interwencje terapeutyczne proponowane w ramach programu są bezpieczną formą pomocy. W razie potrzeby dla beneficjentów przewidziana jest pomoc psychiatry.

g) Kompetencje oraz warunki niezbędne do realizacji programu

i. Dowody skuteczności planowanych działań

Skuteczność programu profilaktycznego będzie mierzona:

1. Kwestionariuszem satysfakcji beneficjenta
2. Skala Becka

Porównaniem będzie przeprowadzone przed zastosowaniem programu profilaktycznego, bezpośrednio po zakończeniu udziału w programie i po trzech miesiącach.

5. KOSZTY

a. Koszty jednostkowe

Sugerowana cena poszczególnych świadczeń medycznych:

- 1) porada diagnostyczno-edukacyjna – ok. 100 zł (słownie; sto złotych);
- 2) sesja edukacyjna – ok. 120 zł (słownie: sto dwadzieścia złotych);
- 3) edukacyjna konsultacja rodzinna – ok. 180 zł (słownie: sto osiemdziesiąt złotych).

Nakład finansowy na jednego uczestnika Programu ma wynieść ok. 500 złotych rocznie. Jest to koszt około 4 dniowego leczenia stacjonarnego. W przypadku udanych oddziaływań profilaktycznych uzyskane koszty zdrowotne gwarantują wielokrotny zwrot środków finansowych „zainwestowanych” w Program.

b. Planowane koszty całkowite:

Środki przeznaczone na realizację Programu w 2013r. – 40 000 zł;
Środki przeznaczone na realizację Programu w 2014 r. – 40 000 zł;
Środki przeznaczone na realizację Programu w 2015 r. – 40 000 zł.

c. Źródła finansowania, partnerstwo: Urząd Miasta Krakowa

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Nakład finansowy na jednego uczestnika Programu ma wynieść ok. 500 złotych rocznie. Jest to koszt około 4 dniowego leczenia stacjonarnego. W przypadku udanych oddziaływań profilaktycznych uzyskane koszty zdrowotne gwarantują wielokrotny zwrot środków finansowych „zainwestowanych” w Program.

6. MONITOROWANIE I EWALUACJA

a. Ocena zgłaszalności do programu.

Ocena zgłaszalności będzie monitorowana poprzez elektroniczny system sprawozdawczy (jednostka realizująca Program będzie zobowiązana do wprowadzenia danych- liczy pacjentów zgłoszonych lub oczekujących do Programu - co najmniej 3 razy w tygodniu .

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Ocena jakości świadczeń będzie prowadzona przy pomocy:

1. Kwestionariusz Becka
2. Kwestionariusza oceny satysfakcji beneficjenta z porady profilaktycznej.

Ocena kwestionariuszem Becka będzie przeprowadzona przed- i po zakończeniu udziału w programie profilaktycznym oraz po trzech miesiącach. Ocena kwestionariuszem satysfakcji z porady profilaktycznej jest jednorazowa i przeprowadza się ja bezpośrednio po zakończeniu udziału beneficjenta w programie.

c. Ocena efektywności programu

Działania profilaktyczne będą sprawdzane pod kątem ich skuteczności. Beneficjenci będący w Programie będą badani na początku, jak również na zakończenie oddziaływań terapeutycznych. Ocena skuteczności przeprowadzona bezpośrednio po zakończeniu programu oraz po trzech miesiącach. Stwarza poduszkę bezpieczeństwa i podtrzymuje w pamięci beneficjentów zalecenia profilaktyczne.

7. OKRES REALIZACJI PROGRAMU: lata 2013-2015