

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

**Program edukacyjno-rehabilitacyjny
w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem
i pod postacią somatyczną dla mieszkańców
województwa łódzkiego**

Okres realizacji:

2019-2022

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
3. Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś X, Priorytet Inwestycyjny 8 vi.
4. „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” zatwierdzone przez Ministra Rozwoju i Finansów (01.01.2018 r.).
5. „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, Rozdział 6.2, Podrozdział 6.2.1. Narzędzie 3.
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
8. Zarządzenie Nr 56/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień ze zmianami.

Program został opracowany w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego – w Departamencie Polityki Zdrowotnej we współpracy z Departamentem Europejskiego Funduszu Społecznego.

Łódź, grudzień 2018 r.

Spis treści

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU	3
Opis problemu zdrowotnego	3
Dane epidemiologiczne	12
Opis obecnego postępowania	22
2. CELE PROGRAMU I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI	24
Cel główny	24
Cele szczegółowe	25
Mierniki efektywności realizacji programu	25
3. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU	28
Populacja docelowa	28
Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu	29
Planowane Interwencje	30
Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu	40
Sposób zakończenia udziału w programie	41
4. ORGANIZACJA PROGRAMU	41
Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów	41
Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	44
Mechanizmy koordynacji z innymi programami i działaniami dotyczącymi aktywizacji osób z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną	45
5. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI	46
Monitorowanie	46
Ewaluacja	47
6. BUDŻET PROGRAMU	47
Koszty jednostkowe	47
Koszty całkowite	51
Źródła finansowania	52
Bibliografia	53
Spis załączników Programu	56
Załączniki	57

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU

Opis problemu zdrowotnego

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania zostały wskazane jako jedna z pięciu grup schorzeń będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej w Polsce, których powinny dotyczyć programy rehabilitacji medycznej współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Tematyka Programu jest zatem zgodna z narzędziem zdefiniowanym w dokumencie pn.: „Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” (Narzędzie 3: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych) – „zgodnie z założeniami będą realizowane projekty dotyczące m.in. rehabilitacji psychiatrycznej”. Program wpisuje się w realizację Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 – PI 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się, Działanie X.3. Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Poddziałanie X.3.1. Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej.

Przedmiotem realizacji Programu będzie ograniczanie negatywnych skutków zaburzeń nerwicznych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną w populacji osób w wieku aktywności zawodowej, zamieszkujących województwo łódzkie.

Podziały kategorii zaburzeń nazywanych nerwicami ulegały częstym zmianom – we wcześniejszych klasyfikacjach wyodrębniano różne formy nerwic jak np. nerwica lękowa, depresyjna, histeryczna, asteniczna, neurasteniczna, natręctw; wydzielono także zespoły fobii, natręctw, nerwicę depersonalizacyjną, hipochondryczną (*Kocur, Grzybowski w Jethon, Grzybowski (red), 2000*). Aktualnie, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10, zaburzenia nerwiczne, związane ze stresem i pod postacią somatyczną obejmują:

- F40 – zaburzenia lękowe w postaci fobii (w tym m.in. agorafobia, fobie społeczne)
- F41 – inne zaburzenia lękowe
- F42 – zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)
- F43 – reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (w tym m.in. ostra reakcja na stres, zaburzenia stresowe pourazowe, zaburzenia adaptacyjne)
- F44 – zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)

- F45 – zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (w tym m.in. zaburzenia hipochondryczne, zaburzenia wegetatywne występujące pod postacią somatyczną, uporczywe bóle psychogenne)
- F48 – inne zaburzenia nerwiczne (w tym m.in. zespół depersonalizacji i derealizacji)

Zgodnie z klasyfikacją DSM nie używa się nazwy nerwica, a kategoria obejmująca zaburzenia, o których mowa powyżej została podzielona na trzy klasy:

- zaburzenia lękowe,
- zaburzenia dysocjacyjne i somatoformiczne oraz
- zespoły ostrego i przewlekłego stresu.

Na potrzeby niniejszego opracowania posłużono się opisem poszczególnych jednostek chorobowych zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (1994).

ZABURZENIA LĘKOWE W POSTACI FOBII

Do grupy zaburzeń lękowych w postaci fobii zalicza się agorafobię, fobie społeczne i specyficzne postacie fobii. W tej grupie zaburzeń lęk wywoływany jest tylko lub przede wszystkim przez pewne określone sytuacje, które w rzeczywistości nie są groźne. Lęk, zamiast informować o realnym zagrożeniu aktywuje się nieadekwatnie do sytuacji, przysparzając pacjentowi ogromnego cierpienia, wywołując poczucie bezradności i ograniczając funkcjonowanie w wielu sferach życia (w jego następstwie człowiek unika sytuacji powiązanych z doświadczeniem lęku). Obawy pacjenta mogą koncentrować się na pojedynczych doznaniach, takich jak kołatanie serca lub uczucie omdlewania. Często są one powiązane z lękiem przed śmiercią, utratą kontroli nad postępowaniem czy przed chorobą psychiczną. Sama myśl o znalezieniu się w sytuacji fobicznej powoduje zazwyczaj wystąpienie lęku.

Lęki specyficzne w postaci fobii przejawiają się w dwojaki sposób - jako silny lęk w momencie zetknięcia się z określonym przedmiotem lub sytuacją lub w postaci ich zdecydowanego unikania. Osoby doświadczające lęku mają świadomość nieracjonalności swoich odczuć, ale i tak za wszelką cenę starają się uniknąć bodźców wyzwalających ten lęk. Do obiektów i sytuacji najczęściej w populacji wywołujących lęk zalicza się zwierzęta i owady (pająki, gryzonie), siły przyrody (burze, mgły), miejsca (windy, tunele, samoloty) oraz krew i choroby.

Fobie społeczne polegają na strachu przed znalezieniem się w centrum uwagi innych osób, co związane jest z lękiem przed ich oceną, lub przed zachowaniem się w sposób, który mógłby wywołać uczucie zawstydzenia, kompromitacji. Fobie najczęściej pojawiają się w takich sytuacjach jak przebywanie w małych grupach (spotkania firmowe), przemawianie, jedzenie przy wspólnym stole z nieznanymi osobami. Sytuacja, a czasami nawet myśl o niej, powoduje wystąpienie dolegliwych objawów fizjologicznych i zaburzeń somatycznych (blednięcie,

zaczerwienie twarzy, szyi, drżenie lub bezruch, lęk przed wymiotowaniem lub nagła potrzeba oddania moczu). Pacjent często bywa przekonany, że te wtórne przejawy lęku stanowią pierwotny problem. Fobie społeczne mogą doprowadzić do unikania kontaktów społecznych oraz izolacji, problemy te u mężczyzn najczęściej pojawiają się między 15 a 25 r.ż., natomiast u kobiet między 30 a 40 rokiem życia. Badania Magee i wsp. (1996) pokazują, że mężczyźni cierpiący na fobię społeczną częściej są bezrobotni (*Cierpiakowska, 2007*).

Agorafobia to postać lęków pojawiająca się zazwyczaj podczas przebywania poza domem, w różnych miejscach publicznych, obejmująca m.in. przebywanie w sklepie, kościele, tłumie lub samotne podróżowanie pociągiem, autobusem, samolotem. Ludzie cierpiący na agorafobię przeżywają lęki tam, skąd według nich trudno jest się niezwłocznie wydostać i gdzie nie będą mogli otrzymać szybkiej pomocy medycznej.

Częstą cechą zarówno obecnego, jak i poprzednich epizodów jest występowanie lęku napadowego. Jako dodatkowe cechy zaburzenia występują również objawy depresyjne, natręctwa i fobie społeczne. Nierzadko zdarza się unikanie sytuacji fobicznych, w związku z czym niektórzy pacjenci nie mają doświadczeń z odczuwaniem intensywnego lęku.

INNE ZABURZENIA LĘKOWE

Głównym objawem tych zaburzeń jest lęk, który nie ogranicza się do żadnej określonej sytuacji. Występować mogą również objawy depresyjne i natręctwa, a nawet niektóre elementy lęku fobicznego, są one jednak wyraźnie wtórne lub mniej nasilone.

Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny) - Istotną cechą tego zaburzenia są nawracające napady ostrego lęku (stany paniki), które nie są ograniczone do jakiegś szczególnej sytuacji czy okoliczności, w związku z czym są niemożliwe do przewidzenia. Charakterystyczną cechą zaburzeń lękowych z napadami lęku jest dynamika ich przebiegu – nagły początek, krótki czas osiągnięcia maksymalnego poziomu nasilenia objawów oraz stosunkowo krótki czas trwania (kilka minut). Podobnie jak w innych zaburzeniach lękowych, podstawowe objawy obejmują nagłe wystąpienie kołatania serca, bólu w klatce piersiowej, uczucia duszności, zawrotów głowy, a także poczucie obcości własnej osoby (depersonalizacja) lub otoczenia (derealizacja). Często występuje strach przed śmiercią, utratą kontroli czy chorobą psychiczną.

Zaburzenia lękowe uogólnione – osoby, które cierpią z powodu lęku uogólnionego, (niezwiązanego z żadnymi określonymi sytuacjami zewnętrznymi) nie mogą podejmować żadnych kroków, aby zapobiec narażeniu siebie na te przykre doświadczenia. Lęk ten (tzw. lęk „wolnopłynący”) przyjmuje postać nieokreślonego, nasilonego napięcia, martwienia się i ciągłych obaw dotyczących wydarzeń dnia codziennego (pacjent często wypowiada obawy, że on sam lub ktoś z jego bliskich wkrótce zachoruje lub będzie miał wypadek). Dominujące objawy są zróżnicowane. Objawy związane z pobudzeniem układu współczulnego zazwyczaj nie są tak nasilone jak w przypadku lęku napadowego. Najczęściej pacjent cierpi z powodu stałego uczucia

zdeenerwowania, drżenia, napięcia mięśniowego, pocenia się, dolegliwości ze strony klatki piersiowej i brzucha.

ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNE

Charakterystyczną cechą tego zaburzenia (zwanego w piśmiennictwie psychoanalitycznym nerwicą natręctw) są nawracające uporczywe myśli lub czynności przymusowe.

Konieczność wykonywania wiele razy tych samych czynności (np. sprawdzanie czy drzwi zostały zamknięte, woda zakręcona, powtarzanie rytuału mycia rąk, układania rzeczy, usuwania brudu z różnych przedmiotów) oraz natrętne myśli, nad którymi nie można zapanować są zazwyczaj odczuwane przez pacjenta jako męczące, dezorganizują jego życie, a jednocześnie, choć są uznawane za własne myśli, to jednak uważane przez niego jako niepasujące do jego osobowości i stylu funkcjonowania (niepożądane). Pacjent często próbuje bezskutecznie się im przeciwstawiać. Czynności przymusowe czy rytuały mają zapobiegać jakimś mało prawdopodobnym wydarzeniom, które według pacjenta mogłyby nastąpić, gdyby zaniechał wykonania rytuału. Często te domniemane wydarzenia związane są z wyrządzeniem przez pacjenta krzywdy sobie lub komuś. Zachowanie to pacjent zwykle postrzega jako bezsensowne lub niepotrzebne i często próbuje mu się opierać. Zaburzenia te prawie zawsze łączą się z lękiem, który nasila się przy próbach zaniechania czynności przymusowej.

W odróżnieniu od klasyfikacji ICD-10, zgodnie z którą zaburzenia te należą do grupy „zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną”, zarówno w DSM-IV, jak i kolejnej rewizji umieszczono je w grupie zaburzeń lękowych (*Cierpiatłowska, 2007*).

REAKCJA NA CIĘŻKI STRES I ZABURZENIA ADAPTACYJNE

W swoim życiu człowiek narażony jest na różnego rodzaju sytuacje, których doświadcza postrzegając je jako niebezpieczeństwa, wyzwania lub straty. Wydarzenia te mogą mieć charakter normatywny, gdy związane są z rozwojem jednostki i można je przewidzieć tj. zmiana pracy, przejście na emeryturę, bądź nienormatywny – nieoczekiwany, trudny do przewidzenia (katastrofy, choroba). Zgodnie z transakcyjnym modelem stresu R.S. Lazarusa wielkość przeżywanego stresu jest odzwierciedleniem relacji pomiędzy czynnikami zewnętrznymi, a właściwościami człowieka. Im większa nierównowaga tym większy przeżywany stres i towarzyszące mu negatywne emocje, a tym samym wyższe prawdopodobieństwo wykształcenia się dezadaptacyjnych, patologicznych strategii radzenia sobie z nim.

Przemijające zaburzenie, które rozwija się bezpośrednio w odpowiedzi na wyjątkowo silny stres fizyczny lub psychiczny u osoby, która dotąd nie wykazywała innego zaburzenia psychicznego określany jest jako **ostra reakcja na stres**. Nadzwyczajnym stresem jest zazwyczaj przeżycie (lub bycie świadkiem) utraty bezpieczeństwa fizycznego własnego lub innych ludzi (np. w wyniku katastrofy, wypadku, gwałtu), śmierć kilku osób w bliskim czasie lub zagrożenie pozycji społecznej (utrata mienia). Objawy cechuje duża różnorodność i zmienność, gdyż ich

rozwój zależy nie tylko od typu doświadczanego stresu, ale także od indywidualnych właściwości osoby. Na początku może występować stan „oszołomienia” z zawężeniem świadomości i uwagi, niemożnością rozumienia bodźców i zaburzeniami orientacji. Następnie może pojawić się dalsze wyłączenie z otaczającej sytuacji (aż do osłupienia dysocjacyjnego) albo pobudzenie i nadmierna aktywność (reakcja ucieczki lub fugi). Często występują objawy panicznego lęku (przyspieszona akcja serca, poty, zaczerwienienie). Objawy uzewnętrzniają się w ciągu kilku minut po zadziałaniu stresowego bodźca, czy wydarzenia i zanikają w ciągu dwóch – trzech dni (często w okresie kilku godzin).

Zaburzenia stresu pourazowego rozpoznaje się, gdy u osoby występuje opóźniona i/lub przedłużona reakcja na wydarzenie czy sytuację stresową (krótką lub długotrwałą) o wyjątkowo zagrażającym lub traumatycznym charakterze. Charakterystyczną cechą tego zaburzenia jest „przeżywanie na nowo” traumatycznego wydarzenia (np. w natrętnych wspomnieniach lub koszmarach sennych). Towarzyszy temu również lękowe unikanie sytuacji i osób, które w jakikolwiek sposób mogłyby wywołać skojarzenia tamtego zdarzenia. Początek zaburzenia następuje albo bezpośrednio po nim albo po okresie utajenia; trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy. Może nabrać charakteru przewlekłego przechodząc w trwałą zmianę osobowości. Zgodnie z DSM-IV zespół ostrego stresu i stresu pourazowego różni się nasileniem symptomów, czasem ich trwania oraz obrazem klinicznym (w zespole ostrego stresu obecne są zaburzenia dysocjacyjne).

Pojawienie się depresji i poczucia pokrzywdzenia emocjonalnego, które ograniczają w znacznym stopniu funkcjonowanie u człowieka przeżywającego znaczące, stresujące dla niego wydarzenia należy uznać za tzw. **zaburzenia adaptacyjne**. Stresor może zaburzać integralność społecznego układu odniesienia jednostki (osierocenie, przeżycia związane z separacją) lub szerszego systemu wsparcia społecznego i systemu wartości (migracja, status uchodźcy). Może też stanowić ważny etap rozwoju, czy kryzys rozwojowy (pójście do szkoły, rodzicielstwo, niemożność osiągnięcia ważnych celów osobistych, przejście na emeryturę). Indywidualne predyspozycje czy wrażliwość odgrywają ważną rolę w genezie i kształtowaniu objawów, ale zakłada się, że zaburzenie to nie wystąpiłoby bez działania czynnika stresowego. Objawy mogą być różnorodne obejmując m.in.: depresyjny nastrój, lęk, zamartwianie się, poczucie niezdolności do radzenia sobie i planowania przyszłości lub dalsze pozostawanie w obecnej sytuacji oraz pewne ograniczenie zdolności do wykonywania codziennych czynności. Dominującą cechą może być krótka lub przedłużająca się reakcja depresyjna, a także zaburzenia innych emocji lub zachowania. Zaburzenia te występują w ciągu miesiąca od pojawienia się wydarzenia i nie trwają dłużej niż pół roku.

Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych w Polsce, jak pokazały badania Lis-Turlejskiej (2004) są bardzo częste – o doświadczeniu przynajmniej jednego zdarzenia tego rodzaju relacjonowało 75,5% osób poddanych badaniu - 24% doświadczyło groźnego wypadku, 23% przemocy

w rodzinie, 22% było świadkiem śmierci kogoś bliskiego lub napadu, a 21% przeżyło stratę osoby bliskiej.

Nie każdą osobę doświadczającą zdarzeń krytycznych dotknie zespół stresu pourazowego. Zależy to od bardzo wielu, w większości jeszcze nie do końca przebadanych czynników i właściwości. Podkreśla się możliwość podatności na traumę wynikającej z obciążenia biologicznego i psychicznego w okresie przedtraumatycznym. Wśród czynników odgrywających rolę znajduje się reaktywność emocjonalna (cecha temperamentu), oraz cechy osobowości takie jak: neurotyczność i poziom lęku oraz ogólny stan zdrowia i kondycja psychiczna osoby np. poczucie koherencji.

Psychologowie wskazują również na związki pomiędzy nasileniem objawów PTSD, a strategiami radzenia sobie ze stresem (u ofiar z mniej nasilonymi objawami – styl skoncentrowany na zadaniu, u osób z bardziej nasilonymi objawami – styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach) (Cierpiatkowska, 2007).

ZABURZENIA DYSOCJACYJNE (KONWERSYJNE)

Krótkotrwałych stanów dysocjacji doświadcza większość ludzi, gdyż związane one są z jednoczesnym wykonywaniem kilku czynności lub z wykonywaniem działań automatycznych. Geneza zaburzeń dysocjacyjnych i pod postacią somatyczną nie jest dobrze poznana, a wiele osób doświadczających ich nigdy nie zgłasza się po pomoc psychologa, natomiast często korzysta z porad lekarskich (różnych specjalistów). Zaburzenia tego rodzaju są częstsze u kobiet. Szczyt ich zachorowań występuje w trzeciej dekadzie życia (ok. 35 roku życia) i choć ich liczba zmniejsza się wraz z wiekiem to występują one także w okresie późnej dorosłości.

Wspólnym rysem zaburzeń dysocjacyjnych czy konwersyjnych jest częściowa lub całkowita utrata normalnej integracji pomiędzy różnymi procesami psychicznymi lub między procesami psychicznymi i kontrolą ruchów ciała. W zależności od dominujących objawów zaburzenia te mogą ujawniać się pod postacią patologicznych objawów ze strony różnych obszarów/funkcji psychicznych np. pamięci, świadomości. Objawy mogą rozwijać się w ścisłym związku ze stresem psychologicznym i często występują nagle. Kategoria ta obejmuje tylko zaburzenia funkcji somatycznych będących normalnie pod świadomą kontrolą oraz zaburzenia wyrażające się utratą czucia.

ZABURZENIA WYSTĘPUJĄCE POD POSTACIĄ SOMATYCZNĄ

Główną cechą zaburzeń tej kategorii jest występowanie wielu dolegliwości somatycznych i chorób, u podłoża których, pomimo wykonywanych badań specjalistycznych, nie stwierdzono zmiany anatomicznej ani uszkodzenia. Jeżeli współistnieją jakieś choroby somatyczne, nie wyjaśniają one charakteru i nasilenia objawów, ani też przygnębienia i obaw o własne zdrowie. Do tej kategorii należą zaburzenia somatyzacyjne, hipochondryczne, dysfunkcje pochodzące z układu autonomicznego i uporczywe dolegliwości bólowe.

Tego rodzaju zaburzenia częściej występują u kobiet niż u mężczyzn, a u ok. 2% pacjentów przechodzą w postać przewlekłą i trwają przez całe życie (APA 1994).

Zaburzenie z somatyzacją - Główną cechą tego zaburzenia są różnorodne, nawracające i często zmieniające się objawy somatyczne, które utrzymują się od co najmniej dwóch lat. Objawy mogą dotyczyć każdej części ciała czy układu. Skoncentrowanie się pacjenta na objawach wywołuje ich utrwalenie i coraz większe cierpienie. Do najczęstszych dolegliwości zalicza się objawy: żołądkowo-jelitowe (ból, nudności, wzdęcia, wymioty, nietolerancja niektórych produktów), sercowo-naczyniowe (symptomy przypominające stan przedzawałowy lub chorobę wieńcową), moczowo-płciowe (nieregularne miesiączkowanie, problemy i dysfunkcje związane z aktywnością seksualną), skórne i bólowe (swędzenie, pieczenie skóry, ból kończyn i stawów). Przebieg zaburzenia jest przewlekły i zmienny i często łączy się z zakłóceniem funkcjonowania społecznego, interpersonalnego i rodzinnego.

Zaburzenie hipochondryczne – główną cechą zaburzeń hipochondrycznych jest ciągłe przekonanie pacjenta, że jest on chory na jedną lub więcej poważnych i postępujących chorób somatycznych. Pacjent ujawnia liczne skargi somatyczne albo stale skupia uwagę na fizycznych doznaniach z ciała. Zazwyczaj panuje u niego przeświadczenie, że każdy sygnał z ciała jest niebezpieczny, a zdrowym się jest wtedy, gdy się nic nie odczuwa; jednak jego uwaga skupiona jest zazwyczaj na jednym lub dwóch narządach albo układach ciała. Często występuje wyraźna depresja lub lęk.

Zaburzenia autonomiczne pod postacią somatyczną przyjmują postać dysfunkcji układu lub narządu, który jest całkowicie lub prawie całkowicie unerwiony i kontrolowany przez układ autonomiczny. Dotyczy to układu krążenia, pokarmowego, oddechowego oraz częściowo moczowo-płciowego. Zazwyczaj występują dwa typy objawów, z których żaden nie jest wyrazem fizycznej choroby narządu lub całego układu. Pierwszy obejmuje obiektywne objawy pobudzenia układu autonomicznego, (np. przyspieszona czynność serca, poty, zaczerwienienie, drżenie oraz towarzyszący lęk i poczucie zagrożenia chorobą somatyczną). Drugi typ stanowią zmienne i niespecyficzne, zindywidualizowane doznania fizjologiczne i fizyczne, jak wędrujące bóle, uczucie pieczenia, ciężaru, ściskania, wzdęcia lub rozdymania, które odnoszone są przez pacjenta do określonego narządu lub układu (np. nerwica serca, nerwica żołądka, astenia nerwowo-krążeniowa).

Jednymi z bardziej rozpowszechnionych zaburzeń pod postacią somatyczną są **bóle psychogenne (psychalgie)**. Objawiają się one uporczywym, silnym i niepokojącym bólem, którego nie można w pełni wyjaśnić zaburzeniami fizjologicznymi lub chorobami somatycznymi i który występuje w związku z konfliktem emocjonalnym czy problemami psychospołecznymi.

INNE ZABURZENIA NERWICOWE

Neurastenię charakteryzuje zmienny obraz objawów klinicznych, w zależności od czynników kulturowych, wyróżnia się jednak dwa główne rodzaje, często nachodzące na siebie. W jednym obserwuje się zwiększone zmęczenie po wysiłku umysłowym, często związane ze spadkiem wydolności zawodowej lub radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego. Zmęczenie umysłowe bywa często opisywane jako pojawianie się rozpraszających skojarzeń lub wspomnień, trudności w koncentracji. W drugim rodzaju dolegliwości związane są głównie z uczuciem osłabienia lub fizycznej słabości lub wyczerpania już po niewielkim wysiłku, którym towarzyszą bóle mięśni i niezdolność do odprężenia. W obu postaciach często występują nieprzyjemne fizyczne odczucia takie jak zawroty głowy, bóle głowy typu napięciowego i wrażenie braku stabilności. Często są również obawy o pogarszającą się wydolność umysłową i fizyczną, drażliwość, anhedonia i różnego stopnia lekkie formy zaburzeń depresyjnych i lękowych. Początkowa i środkowa faza snu ulegają zazwyczaj zaburzeniu, dominować może jednak również nadmierna senność.

U podłoża nerwic leżą czynniki psychologiczne, a ściślej psychospołeczne. W większości teorii i koncepcji dotyczących patogenezy i mechanizmów powstawania zaburzeń nerwicowych zwraca się uwagę na wiodącą rolę tych czynników. W celu wyjaśnienia złożonych relacji między jednostką, a jej otoczeniem stworzono koncepcję „pola psychospołecznego” - terenu rozgrywania się napięć i konfliktów związanych z różnymi dążeniami jednostki. Zgodnie z tą teorią objawy nerwicowe mają pojawić się tylko wtedy, gdy odgrywają określoną rolę w zakresie zaspokojenia potrzeb psychospołecznych. Z teorią pól psychospołecznych wiąże się zagadnienie społecznej pozycji i roli chorego na nerwicę. Jednostka należąca zazwyczaj do kilku różnych grup społecznych odgrywa w każdej z nich różne role. Wielość i różnorodność ról pozostaje w związku z komplementarnym oddziaływaniem członków tych grup i potrzebą zaspokajania różnych potrzeb. Zajmowanie pozycji chorego i odgrywanie tej roli w celu zaspokojenia swoich potrzeb psychospołecznych może być jednym z istotnych, choć nie zawsze uświadamianych kryteriów decydujących o uznawaniu tego sposobu funkcjonowania za chorobę (*Kocur, Grzybowski w Jethon, Grzybowski (red), 2000*).

Problemy ze zdrowiem psychicznym wpływają na codzienne funkcjonowanie jednostki. Jednym z obszarów, w którym wpływ ten jest najwyraźniejszy i ma znaczące konsekwencje, jest sfera aktywności zawodowej jednostki.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że zależność pomiędzy zdrowiem psychicznym a pracą przebiega w obu kierunkach. W miejscu pracy występuje szereg ryzyk psychospołecznych (*Hupke, 2013*), które zwiększają prawdopodobieństwo pogorszenia kondycji psychicznej jednostki, a w dłuższej perspektywie prowadzą do niepokoju, depresji i wypalenia zawodowego (*European Agency for Safety and Health at Work, 2011*). Najczęściej występujące zagrożenia wiążą się

z rodzajem zadań wykonywanych przez pracowników, na przykład z ich monotonią lub złożonością, a także z intensywnością pracy. Duża intensywność pracy łączy się z niekorzystnymi skutkami dla zdrowia i samopoczucia, a zwłaszcza ze stresem związanym z pracą zawodową. W ostatnich latach ryzykiem psychospołecznym jest także niepewność zatrudnienia. Niekorzystny wpływ na samopoczucie mają przemoc i nękanie w miejscu pracy.

Nie są to zjawiska incydentalne. Z badań Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy wynika, że 25% europejskich pracowników twierdzi, że doświadcza stresu związanego z pracą zawodową przez cały czas lub przez większość czasu pracy. Podobny odsetek zgłasza, że praca ma niekorzystny wpływ na stan ich zdrowia. Niemal 80% menedżerów wyraża obawy dotyczące stresu związanego z pracą zawodową, a jeden na pięciu za poważny problem uznaje przemoc i nękanie.

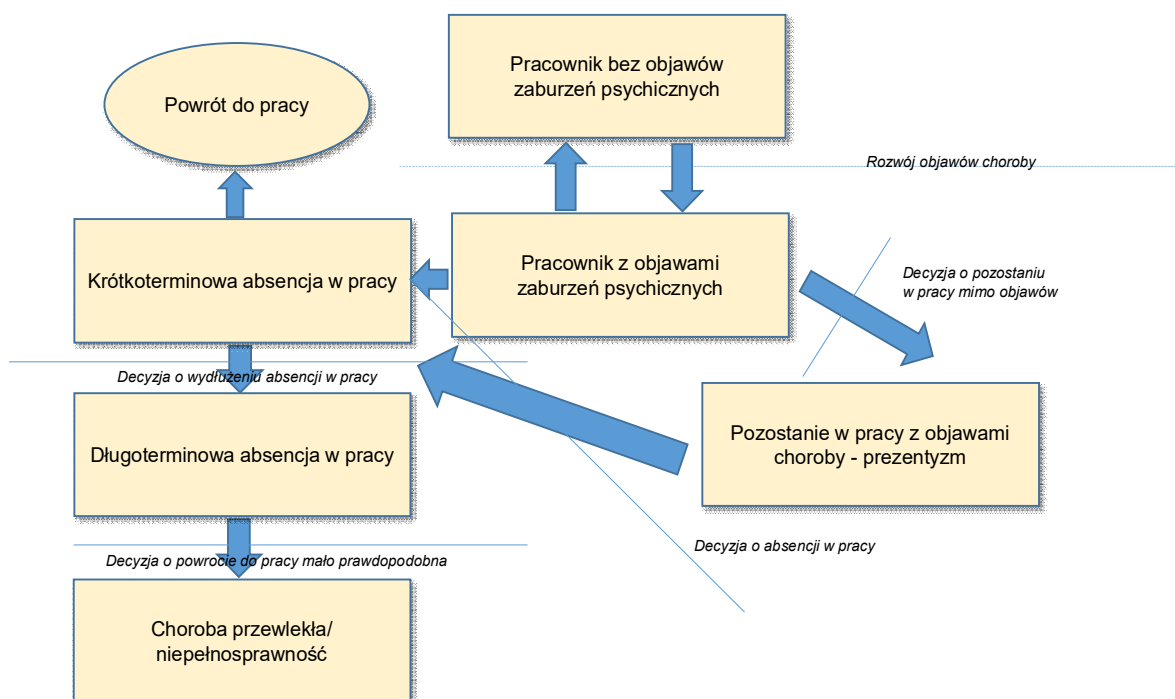
Tymczasem praca tj. środowisko pracy oraz sposób jej organizacji i zarządzania, mogą i powinny pozytywnie wpływać na zdrowie psychiczne pracowników, poprzez zwiększenie poczucia włączenia społecznego i tożsamości społecznej, podniesienie statusu oraz umożliwienie pracownikowi samodzielnej organizacji jego pracy. Co więcej, „dobra praca” jest też ważnym czynnikiem zapewniającym zdrowie psychiczne – zmniejsza ryzyko depresji, zachowań autodestrukcyjnych i samobójstw (*European Agency for Safety and Health at Work, 2014*).

Problemy ze zdrowiem psychicznym są często powodem czasowej lub trwałej niezdolności do pracy, o czym będzie mowa w dalszej części Programu. W tym miejscu warto jednak stwierdzić, że zapobieganie niezdolności do pracy w zaburzeniach nerwicowych jest skuteczniejsze, jeśli objawy zostaną wychwycone jak najwcześniej, co ma wpływ na przyjęty w Programie sposób kwalifikacji pacjentów do projektów.

Dezaktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami nerwicowymi przebiega stopniowo, co ilustruje ryc. 1. W wielu przypadkach, pracownik lekceważy symptomy choroby, nie zdaje sobie sprawy z powagi sytuacji, obawia się reakcji otoczenia, w tym przełożonych i nadal uczęszcza do pracy¹. Sytuację taką określamy pojęciem prezentyzmu. Zjawisko to oznacza obniżoną produktywność pracownika spowodowaną gorszym stanem zdrowia i/lub zażywaniem środków farmakologicznych. Alternatywnie, pracownik udaje się na krótkookresowe zwolnienie lekarskie, korzystając często z podstawowej opieki zdrowotnej lub próbując leczyć się na własną rękę. Okres niezdolności do pracy może się wydłużać, jeśli lekarze – zwłaszcza niebędący psychiatrami – ograniczają terapię do przepisania środków psychoaktywnych. Zwolnienie może przerodzić się w długoterminową absencję w pracy, gdy objawy nasilają się a dodatkowo pojawiają się inne schorzenia, najczęściej kardiologiczne lub ze strony układu szkieletowo-kostnego. W tym

¹ Szerzej na temat uwarunkowań prezentyzmu w: *Wężyk, Merecz, 2013*.

momencie, istnieje ryzyko, że poza przesłankami medycznymi, szereg czynników ekonomicznych (sytuacja finansowa chorego, wysokość zasiłku chorobowego), jak i socjokulturowych (wsparcie ze strony rodziny, odgrywanie roli chorego) przesądzi o przedłużeniu zwolnienia. Z każdym miesiącem niezdolności do pracy, aktywizacja zawodowa jest trudniejsza. Powrót do pracy dodatkowo utrudnia fakt, że w przypadku zaburzeń nerwicowych, kliniczna poprawa stanu zdrowia pacjenta następuje wcześniej niż subiektywna, pozwalająca choremu pozytywnie ocenić gotowość powrotu do pracy. Dochodzą do tego obawy związane z odnalezieniem się w pracy po długiej nieobecności, szczególnie dotkliwe u chorych, uważających, że warunki pracy przyczyniły się do pojawienia się choroby lub zaostrzenia jej symptomów (Henderson, 2011).



Ryc. 1. Rozwój zaburzeń nerwicowych a proces dezaktywacji zawodowej za (Henderson, 2011).

Dane epidemiologiczne

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2016 r. województwo łódzkie zamieszkiwało 2.485.323 osób, w tym ponad 60% (1.508.942) stanowili mieszkańcy w wieku produkcyjnym (Bank Danych Lokalnych).

Województwo łódzkie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją demograficzno-epidemiologiczną. Systematycznie maleje liczba mieszkańców, przy jednoczesnym wzroście w strukturze ludności odsetka osób w wieku poprodukcyjnym. Stan zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego należałoby uznać za najgorszy w kraju, o czym świadczą jedne z najwyższych w Polsce wartości współczynnika umieralności i hospitalizacji dla osób w wieku produkcyjnym ogółem jak i według głównych przyczyn (choroby układu krążenia, nowotwory,

przyczyny zewnętrzne, choroby układu trawienia). Nasilanie się negatywnych procesów demograficznych i niekorzystnych tendencji epidemiologicznych oraz niska świadomość zdrowotna mieszkańców województwa generuje coraz większe zapotrzebowanie na usługi zdrowotne.

Na przestrzeni ostatnich lat w województwie łódzkim obserwujemy systematyczny spadek liczby ludności. W końcu 2016 r., w porównaniu z analogicznym okresem roku poprzedniego, liczba mieszkańców województwa zmniejszyła się o 8,3 tys. osób (tj. o 0,3%). Liczba ludności w wieku produkcyjnym (18-59 lat w przypadku kobiet, 18-64 lata w przypadku mężczyzn) również uległa zmniejszeniu w porównaniu z rokiem poprzednim, w województwie – o 1,4%, natomiast w Polsce – o 1,0%. W 2016 r. zaobserwowano, podobnie jak w minionych latach, wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym (60 lat i więcej w przypadku kobiet, 65 lat i więcej w przypadku mężczyzn), w skali województwa – o 2,6%. Województwo łódzkie od kilku lat charakteryzuje się najwyższym w Polsce odsetkiem osób w wieku poprodukcyjnym (*Ruch naturalny i migracje w województwie łódzkim w 2016 r. Urząd Statystyczny w Łodzi, 2017*).

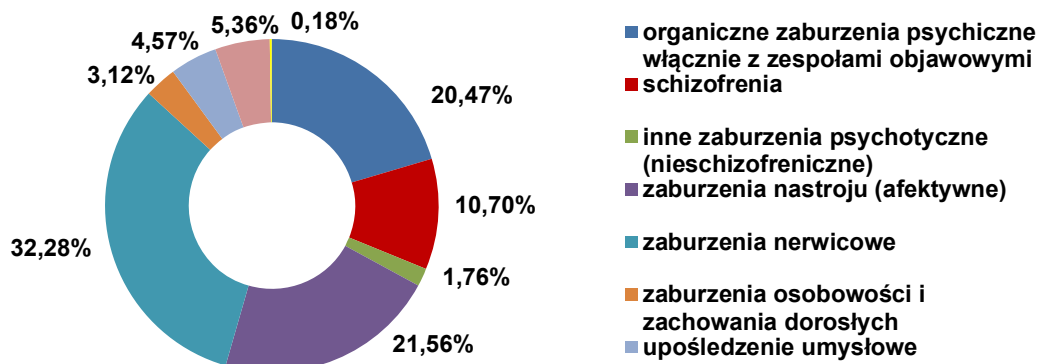
Badania epidemiologiczne ukazują, że problem zaburzeń psychicznych dotyczy 25-30% osób w populacji. Przeprowadzone w Polsce badanie ich rozpowszechnienia (EZOP, 2012 r.) ujawniło, że co najmniej jedno zaburzenie psychiczne (w ciągu życia) można było rozpoznać u 6 mln Polaków – tj. 23,4% populacji naszego kraju. Najczęściej występującym rodzajem zaburzeń są zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju. Powyższe dane ukazują ogromne zapotrzebowanie na usługi ochrony zdrowia psychicznego. Zgodnie z wynikami badania EZOP – z pomocy psychiatrycznej w Polsce korzysta ok. 25% osób rzeczywiście jej potrzebujących, a nakłady na ochronę zdrowia psychicznego wynoszą ok. 3,5% wydatków na wszystkie świadczenia zdrowotne.

Według informacji zawartych w dokumencie pn.: „Krajowe ramy strategiczne Politycy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, spośród wszystkich regionów to w województwie łódzkim najczęściej hospitalizowano osoby w wieku produkcyjnym (18-64 lata) z powodu zaburzeń psychicznych. Zaburzenia psychiczne znajdują się też wśród najczęstszych przyczyn niepełnosprawności.

Dane Głównego Urzędu Statystycznego (*Bank Danych Lokalnych, 2017*) ukazują, że województwo łódzkie jest regionem o wysokim współczynniku (na 1.000 ludności) pacjentów poradni dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji – w 2015 roku wskaźnik ten wynosił 43,1 a wartość ta przekraczała średnią wartość dla całej Polski (41,4). Pod względem liczby pacjentów poradni zdrowia psychicznego, w porównaniu z innymi regionami, województwo łódzkie zajmowało w 2015 roku 6 miejsce (107.452 osób). W województwie łódzkim, w 2015 roku zarejestrowanych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji było 107.452 osoby,

w tym zdecydowaną większość – 85,4% (91.817) stanowiły osoby z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (bez uzależnień).

Prawie co trzecią osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) diagnozowano pod kątem zaburzeń nerwicowych (29.637). Znaczną część pacjentów stanowili cierpiący na zaburzenia nastroju/afektywne (19.796) oraz posiadający diagnozę zaburzeń organicznych, włącznie z zespołami objawowymi (18.793) (Ryc. 2).



Ryc. 2. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji, z powodu zaburzeń psychicznych i zachowania (bez uzależnień) w województwie łódzkim, w 2015 roku (według danych GUS)

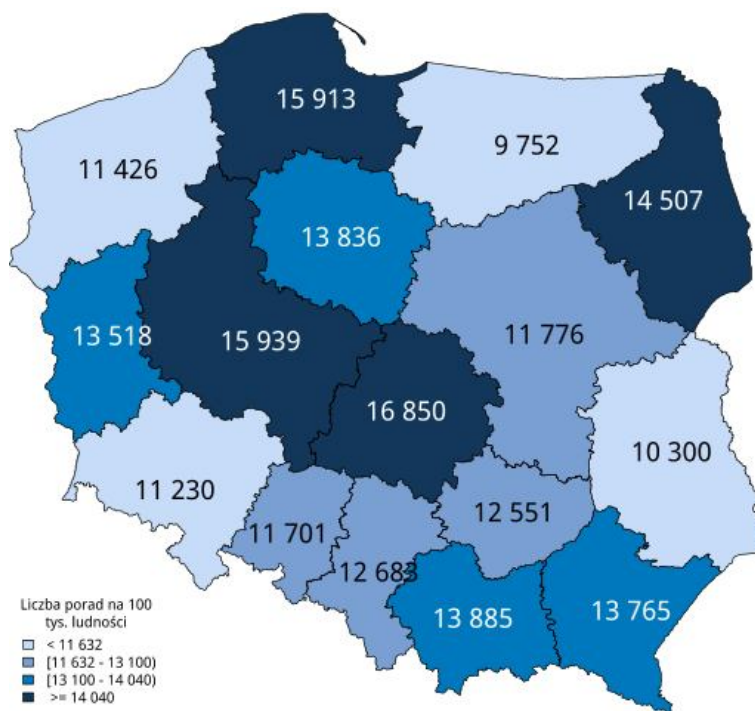
Zgodnie z danymi zawartymi w *Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych*, w województwie łódzkim współczynnik chorobowości szpitalnej z powodu zaburzeń psychicznych² wyniósł 673,0 pacjentów na 100 tys. ludności. Był to piąty najwyższy wynik w kraju.

W województwie łódzkim współczynnik chorobowości AOS³ z powodu zaburzeń psychicznych wyniósł 4.851,7 pacjentów na 100 tys. ludności. Był to drugi najwyższy wynik w kraju.

Spośród wszystkich województw najwięcej porad w poradniach zdrowia psychicznego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców udzielono w województwie łódzkim (16.850/100 tys.).

² liczba osób hospitalizowanych wg miejsca zamieszkania z powodu zaburzeń psychicznych w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności

³ liczba pacjentów, którym udzielono choć jednej porady w ambulatoryjnej poradni specjalistycznej wg miejsca zamieszkania z powodu zaburzeń psychicznych w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności

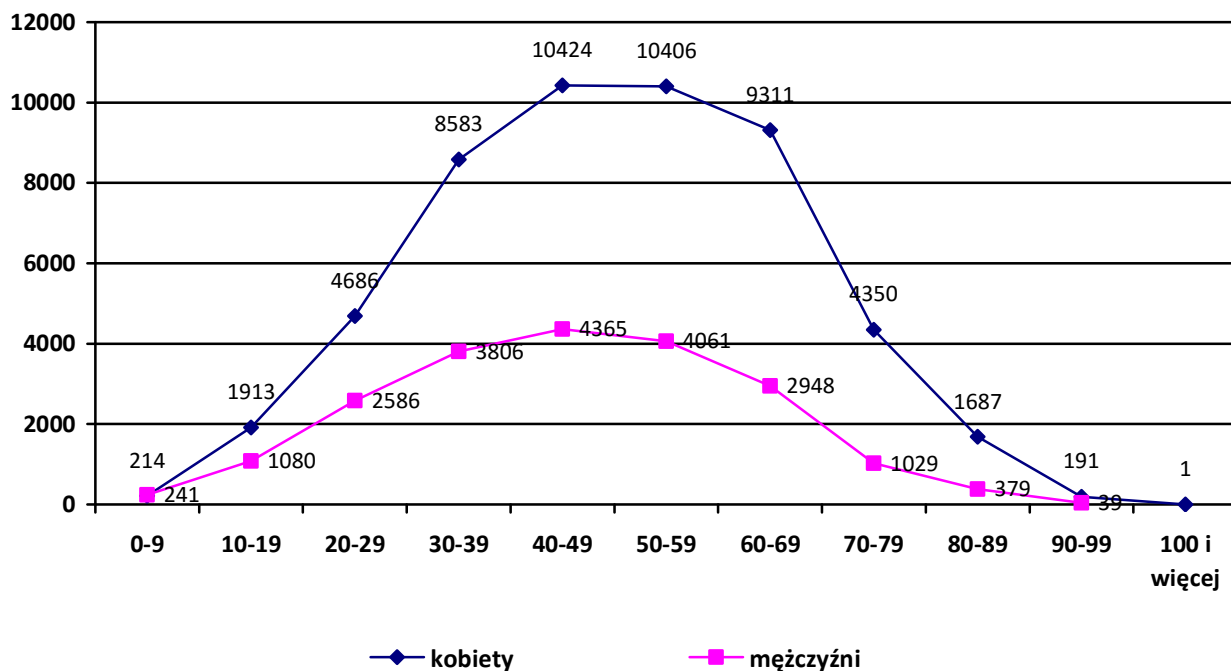


Ryc. 3 Poradnie zdrowia psychicznego – liczba porad na 100 tys. ludności (Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa łódzkiego, 2016)

W mapie potrzeb zdrowotnych rozpoznania F40-F48 zostały wydzielone i łącznie analizowane jako podgrupa pn.: „zaburzenia lękowe”. Zgodnie z danymi przedstawionymi w tym dokumencie w 2014 roku, w województwie łódzkim odnotowano 0,97 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako „zaburzenia lękowe”. Średni wiek pacjenta hospitalizowanego z powodu zaburzeń lękowych w naszym województwie wynosił 40,8 lat (dla Polski – 43 lata). Ponad połowę hospitalizowanych z tej przyczyny w Łódzkiem stanowiły kobiety (58,3%) w Polsce – 47,2%. (Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa łódzkiego, 2016).

Według sprawozdania MZ-15 w 2014 roku w województwie łódzkim wykonano 421,14 tys. porad w poradniach zdrowia psychicznego. Liczba porad na jednego pacjenta w województwie wyniosła 4,78. Najwięcej porad wykonano z rozpoznaniem wchodzącymi w skład podgrupy zaburzenia lękowe (F40-F48) – 128,2 tys. Mediana czasu oczekiwania dla poradni zdrowia psychicznego wyniosła 196 dni (Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa łódzkiego, 2016).

Według danych przekazanych przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (ŁOW NFZ, 2018) w 2017 roku liczba pacjentów z rozpoznaniem z grupy F40-F48 (wg ICD 10) korzystająca w Łódzkiem ze świadczeń zdrowotnych (wszystkich rodzajów) wyniosła 72.300, w tym 61.176 osób z tej grupy było w wieku 20-69 lat. Najwięcej osób z rozpoznaniem F40-F48 mieściło się w grupie wiekowej 40-59 lat. Zdecydowaną większość pacjentów stanowiły kobiety. Szczegółowe informacje zawiera poniższy wykres i tabela.



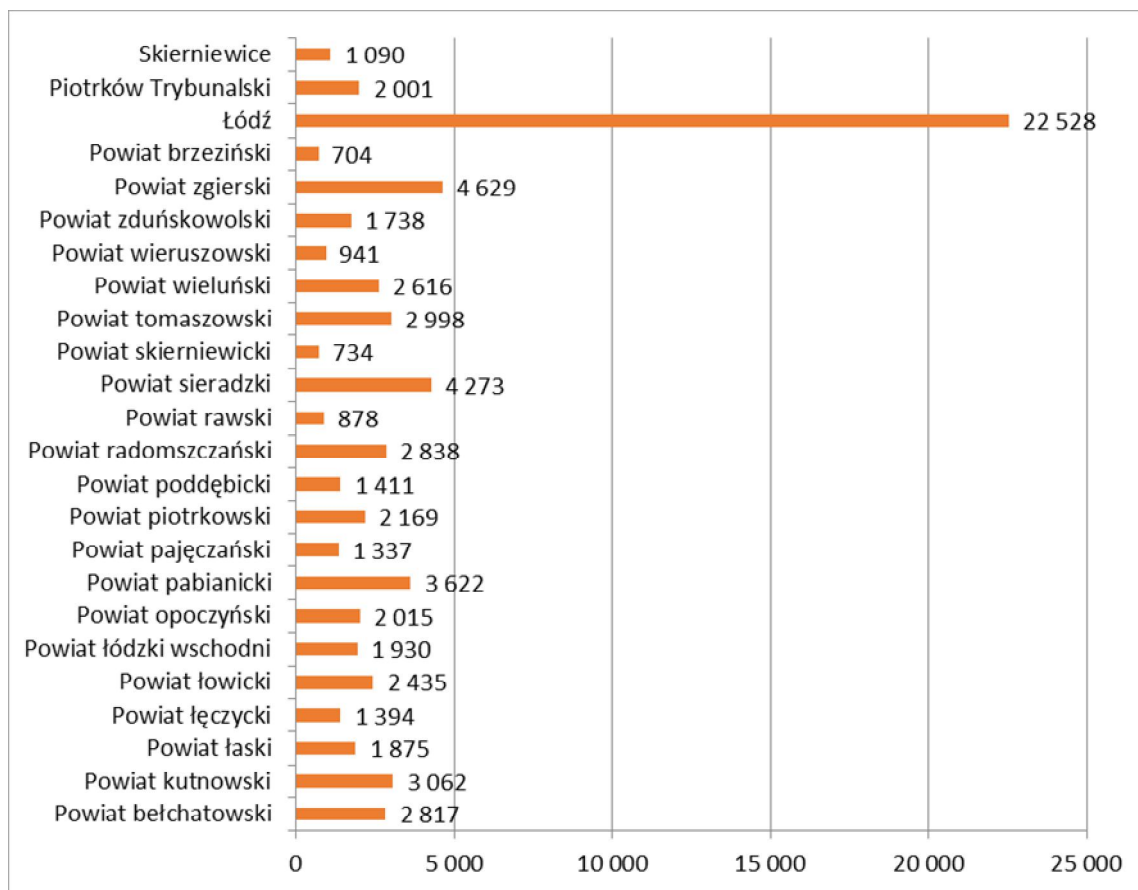
Ryc. 4. Liczba pacjentów zamieszkałych w województwie łódzkim, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w 2017 roku z rozpoznaniem F40-F48 w podziale na grupy wiekowe (ŁOW NFZ, 2018).

Według danych Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (2018), w 2017 roku, spośród wszystkich pacjentów zamieszkujących województwo łódzkie, z rozpoznaniem F40-F48, korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej, największa liczba osób cierpiała na następujące jednostki chorobowe: inne zaburzenia nerwicowe F48 (21.133), reakcję na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne F43 (16.021) oraz inne zaburzenia lękowe F41 (12.424). Najwięcej pacjentów z rozpoznaniem z kategorii F40-F48 zamieszkiwało m. Łódź, powiat zgierski i powiat sieradzki. Bardziej szczegółowe dane na ten temat przedstawiają poniższe ryciny.

Ryc. 5 Liczba pacjentów zamieszkałych w województwie łódzkim, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w 2017 roku z rozpoznaniem F40-F48 z uwzględnieniem podtypów rozpoznań (ŁOW NFZ, 2018 r.).

Program edukacyjno – rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego 2019-2022

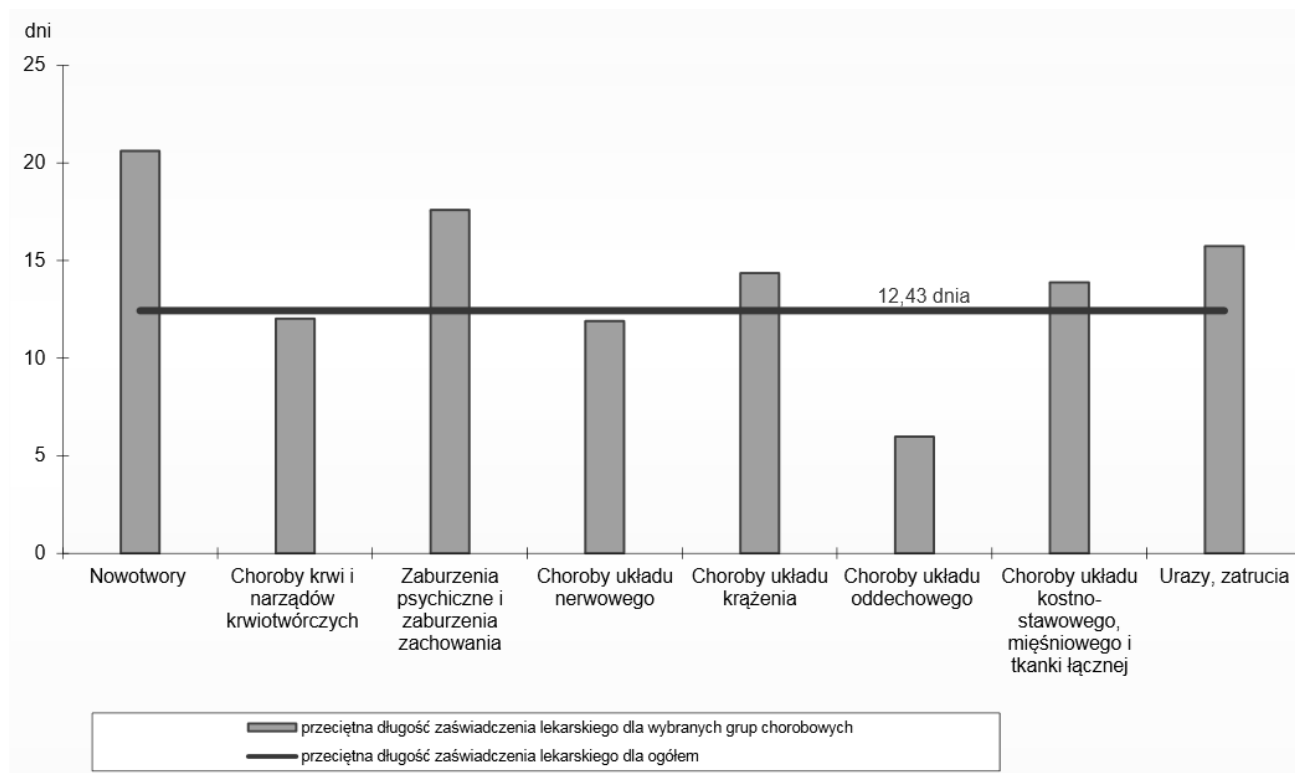
ICD 10	Nazwa rozpoznania	Liczba pacjentów
F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii	744
F40.0	Agorafobia	58
F40.1	Fobie społeczne	128
F40.2	Specyficzne (izolowane) postacie fobii	37
F40.8	Inne zaburzenia lękowe w postaci fobii	34
F40.9	Fobie BNO	14
F41	Inne zaburzenia lękowe	12 424
F41.0	Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)	1 302
F41.1	Zaburzenie lękowe uogólnione	1 399
F41.2	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane	8 153
F41.3	Inne mieszane zaburzenia lękowe	397
F41.8	Inne określone zaburzenia lękowe	129
F41.9	Zaburzenia lękowe, nie określone	823
F42	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)	817
F42.0	Zaburzenie z przewagą myśli czy ruminacji natrętnych	183
F42.1	Zaburzenie z przewagą czynności natrętnych (rytuały)	141
F42.2	Myśli i czynności natrętne, mieszane	149
F42.8	Inne natręctwa	28
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	16 021
F43.0	Ostra reakcja na stres	754
F43.1	Zaburzenie stresowe pourazowe	423
F43.2	Zaburzenia adaptacyjne	9 805
F43.8	Inne reakcje na ciężki stres	183
F43.9	Reakcja na ciężki stres, nie określona	474
F44	Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	208
F44.0	Amnezja dysocjacyjna	11
F44.1	Fuga dysocjacyjna	4
F44.2	Ośłupienie dysocjacyjne (stupor dysocjacyjny)	7
F44.4	Dysocjacyjne zaburzenia ruchu	19
F44.5	Drgawki dysocjacyjne	12
F44.6	Dysocjacyjne znieczulenia i utrata czucia zmysłowego	2
F44.7	Mieszane zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	35
F44.8	Inne zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	26
F44.9	Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), nie określone	47
F45	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną	2 688
F45.0	Zaburzenie somatyzacyjne [z somatyzacją]	296
F45.1	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, nieodróżnicowane	84
F45.2	Zaburzenie hipochondryczne	53
F45.3	Zaburzenia wegetatywne występujące pod postacią somatyczną	94
F45.4	Uporczywe bóle psychogenne	25
F45.8	Inne zaburzenia występujące pod postacią somatyczną	60
F45.9	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, nie określone	96
F48	Inne zaburzenia nerwicowe	21 133
F48.0	Neurastenia	496
F48.1	Zespół depersonalizacji-derealizacji	21
F48.8	Inne określone zaburzenia nerwicowe	405
F48.9	Zaburzenia nerwicowe, nie określone	3 215
Razem		72 300



Ryc. 6. Liczba pacjentów z rozpoznaniem F40-F48, zamieszkałych w woj. łódzkim, którym udzielono świadczeń w 2017 r. (wszystkie rodzaje świadczeń) w podziale na powiaty.

Choroby psychiczne generują wysokie wydatki z tytułu niezdolności do pracy. Według danych Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w 2016 roku wystawiono w Polsce 19.204 tys. zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS, w tym mieszkańcom województwa łódzkiego – 1.423,7 tys. Województwo łódzkie charakteryzowało się najdłuższą przeciętną długością zaświadczenia lekarskiego w 2016 roku, która wynosiła 13,83 dnia. W Polsce z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wystawiono 1.077,4 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 18.950,2 tys. dni absencji chorobowej, co stanowi 7,94% wszystkich dni absencji chorobowej z powodu choroby własnej (odnoszącej się do różnych grup chorobowych). Z tego w woj. łódzkim wystawiono 104 tys. zaświadczeń, a zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania stanowiły przyczynę 1.974,3 tys. dni absencji chorobowej (10% ogółu). Była to najwyższa wartość w kraju (Ryc. 8). Warto dodać, że zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania były trzecią (po ciąży, porodzie i połogu oraz nowotworach) przyczyną najdłuższego przeciętnego zaświadczenia lekarskiego, (17,59 dni) powodując zazwyczaj częściową niezdolność do pracy.

W Polsce w 2016 roku zaburzenia psychiczne były powodem 11,6% wydanych przez lekarzy orzeczników ZUS orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych ustalających niezdolność do pracy. Odpowiadały też za częściową niezdolność do pracy w przypadku 15,1% wydanych orzeczeń.



Ryc. 7. *Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego dla wybranych grup chorób w 2016 roku (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2017)*

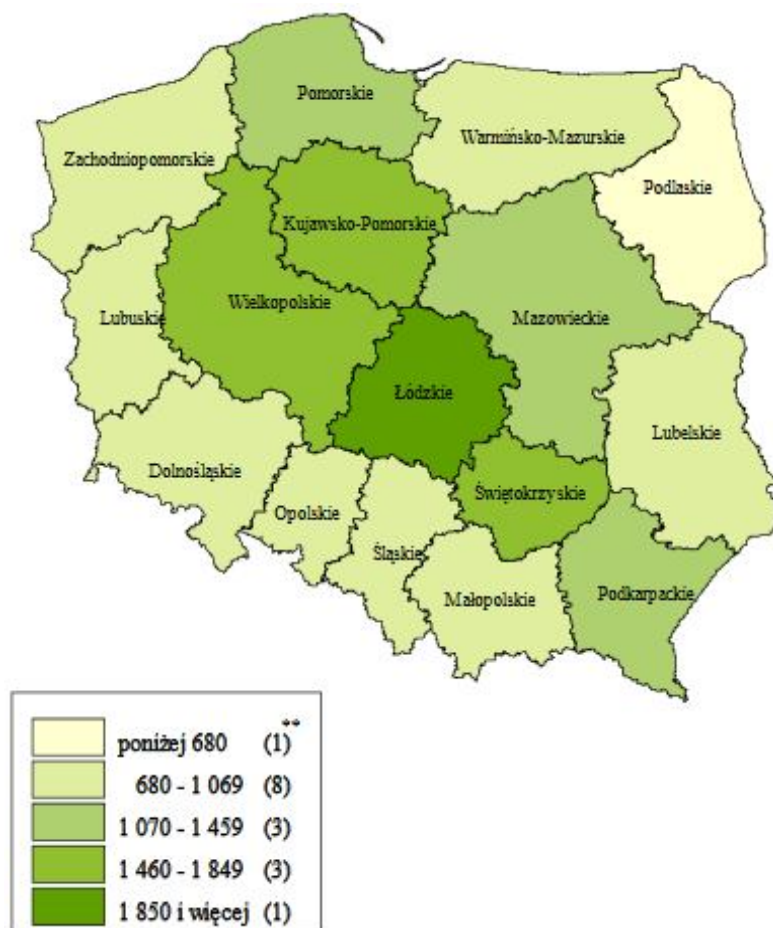
Dwie jednostki spośród grupy zaburzeń, których dotyczy niniejszy Program t.j. reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) oraz inne zaburzenia lękowe (F41) znalazły się w rankingu najczęstszych jednostek powodujących najdłuższą absencję chorobową z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS.

W badaniu GUS na czynniki psychologiczne jako źródło zagrożeń w miejscu pracy wskazało 37,1% pracujących. W przypadku respondentów z województwa łódzkiego wskazywano na nie rzadziej – 25,9%. Odsetek ten jednak i tak wskazuje na znaczące zagrożenie w miejscu pracy (GUS, 2014, s. 25).

Roczny koszt zaburzeń psychicznych w Europie szacowany jest na 798 mld €, w tym ponad 30% stanowi bezpośrednia opieka zdrowotna (diagnoza, leczenie, profilaktyka), 25% bezpośrednie niemedyczne koszty (opieka socjalna), a ok. 40% - koszty pośrednie związane

z utratą produktywności (absencja w pracy, renta/wczesna emerytura) (Nutt, 2011). Z kolei, Międzynarodowa Organizacja Pracy szacuje, że koszty zaburzeń psychicznych (dla jednostki, pracodawcy i społeczeństwa) stanowią 3-4% PKB w UE. Zaburzenia psychiczne są częstym powodem absencji pracowniczych. Stopa zatrudnienia osób cierpiących z powodów zaburzeń psychicznych jest o 10-15% niższa niż w przypadku osób zdrowych (Lagerveld, Houtman, 2018). W krajach OECD zaobserwowano, że o ile liczba osób z zaburzeniami psychicznymi nie zwiększa się, rosną koszty rent i zasiłków chorobowych, przyznawanych z powodów zaburzeń psychicznych (OECD, 2012). Od 20 do 30% osób powracających do pracy po długotrwałej chorobie psychicznej ponownie wraca na zwolnienie z powodu remisji choroby.

W literaturze przedmiotu, brak jest zgody, co do tego, jakie branże powinny być adresatem szczególnych interwencji, tj. różne źródła wskazują różne zawody szczególnie narażone na zaburzenia nerwicowe. W Wielkiej Brytanii jedno badanie wskazało, że najwyższy odsetek osób o pogorszonej kondycji psychicznej odnotowano wśród nauczycieli, handlowców, kadry kierowniczej w administracji publicznej, a najniższy – operatorów maszyn i personelu medycznego. Inne badanie dało zupełnie inny ranking – wśród zawodów najbardziej „toksycznych” znalazły się pielęgniarki, nauczyciele, pracownicy opieki socjalnej i policjanci, najmniej – robotnicy budowlani. W Norwegii, okazuje się, że to rolnicy są grupą w największym stopniu narażoną na lęki i depresję (Hassard, Cox, 2015). Powyższe dane ilustrują, że trudno jest wyłonić „dobre” i „złe” zawody. Nie jest także wykluczone – ponieważ brak jest konkluzyjnych badań w tym obszarze – że pewne zawody przyciągają osoby o pewnych predyspozycjach, w tym także osobowościowych. Większość badań na temat zależności pomiędzy zdrowiem psychicznym, a pracą podejmuje dwie kwestie: pracy i jej warunków oraz rodzaju zaburzeń psychicznych. Mało miejsca – z powodu trudności badawczych – poświęca się pracownikowi w miejscu pracy. A przecież ta perspektywa wydaje się kluczowa – nie każdy pracownik w „toksycznym” zawodzie czy miejscu pracy cierpi na zaburzenia psychiczne! Reakcje psychologiczne, emocjonalne, behawioralne, poznawcze na te same ryzyka psychospołeczne mogą różnić się w zależności od płci, wieku, wykształcenia, cech osobowościowych, takich jak perfekcjonizm czy poczucie odpowiedzialności (Hassard, Cox, 2016).



Ryc. 8. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych zdrowotnie według województw (przyporządkowanie do województw według miejsca zameldowania ubezpieczonego (bez emerytów i rencistów, osób pobierających zasiłki i świadczenia przedemerytalne oraz osób pobierających renty socjalne) (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2017).

Dane przedstawione powyżej wskazują, że potrzeby mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania oraz leczenia zaburzeń psychicznych są znacząco wyższe niż w innych województwach.

Na podstawie badań epidemiologicznych oszacowano wskaźnik zachorowalności na zaburzenia nerwicowe w populacji polskiej, który osiągnął wartość 20-30% w ciągu życia (Cierpiatkowska 2007 za Aleksandrowicz 2002). W dorosłym życiu co trzeci lub czwarty Polak przynajmniej raz cierpi z powodu zaburzeń nerwicowych przejawiających się albo w postaci nagłych ataków paniki w różnych sytuacjach, albo ciągłego niepokoju i lęku (niezależnie od sytuacji życiowej, czasami bardzo dobrej) albo ciągłych obaw i lęków pomieszanych z niechęcią czy smutkiem. Stanom tym towarzyszą objawy somatyczne związane m.in. z pobudzeniem układu wegetatywnego (Cierpiatkowska, 2007).

Zapobieganie, a także leczenie zaburzeń lękowych jest niezmiernie istotne ze względu na związane z nimi konsekwencje. Lęk przeżywany nadmiernie i nieadekwatnie do sytuacji jest uznany jako czynnik ryzyka dla niższego poziomu jakości życia (w odniesieniu do aspektów zdrowotnych jednostki), podwyższonego ryzyka umieralności (ze wszystkich przyczyn) i szeregu fizycznych problemów zdrowotnych, w tym choroby niedokrwiennej serca. Lęk jest także związany z niezdrowymi zachowaniami takimi jak brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu, niewłaściwe odżywianie się, czyli czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych (*Stonerock, Hoffman, Smith, Blumenthal, 2015*).

Opis obecnego postępowania

Opieka zdrowotna w obszarze ochrony zdrowia psychicznego zorganizowana jest zgodnie z zapisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W ramach opieki psychiatrycznej ze środków publicznych finansowane są świadczenia skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin, realizowane w warunkach:

- **stacjonarnych** – psychiatrycznych, leczenia uzależnień oraz w izbie przyjęć,
- **dziennych** – psychiatrycznych i leczenia uzależnień,
- **ambulatoryjnych** – psychiatrycznych, leczenia środowiskowego (domowego) oraz leczenia uzależnień

Według danych Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (2018), w 2017 roku udzielono mieszkańcom województwa łódzkiego łącznie 688.282 świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

W 2018 roku, w województwie łódzkim funkcjonują dwa podmioty posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie leczenia nerwic (oba znajdują się w Łodzi). Podmioty te udzielają świadczeń w trybie dziennym. Według danych Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (2018), w 2017 roku udzielono 978 świadczeń z zakresu leczenia zaburzeń nerwicowych w trybie dziennym. Skorzystało z nich 116 pacjentów.

Rehabilitacja, według Światowej Organizacji Zdrowia jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych, edukacyjnych i zawodowych w celu przystosowania chorego do życia w nowych uwarunkowaniach i umożliwienia mu jak największej sprawności.

Działania rehabilitacyjne w obszarze zdrowia psychicznego nakierowane są przede wszystkim na zmniejszenie biologicznych wskaźników stresu (stłumienie nadmiernej aktywności części współczulnej układu wegetatywnego przy jednoczesnym wzmocnieniu odpowiedzi przywspółczulnej) (Kwolek (red.), 2013).

Do czynników, które odgrywają zasadniczą rolę w rehabilitacji, należą:

- aktywna pomoc i wsparcie w pokonywaniu problemów i radzeniu sobie ze stresem;
- psychoedukacja, która pozwala chorym lepiej zrozumieć ich przeżycia i zachowania;
- ukierunkowanie na zdrowienie – rehabilitacja uruchamia zasoby i umiejętności posiadane przez chorych. (Florkowski (red.), 2012)

Rehabilitację leczniczą w zakresie zaburzeń psychosomatycznych prowadzi także Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej. Rehabilitacja realizowana jest tylko w trybie stacjonarnym, w 16 ośrodkach rehabilitacyjnych w całej Polsce. Według danych uzyskanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (2018) w 2017 roku na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS z powodu chorób psychosomatycznych lekarze skierowali z województwa łódzkiego 485 osób. Program rehabilitacyjny zakończyło 389 osób. Wśród przyczyn kierowania na rehabilitację zaburzeń psychosomatycznych dominowały zaburzenia z grupy F40-F48 t.j.: reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 35% oraz inne zaburzenia lękowe (F41) – 18%.

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

Program zgodny jest z zapisami „Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020” i „Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Łódzkiego na lata 2017-2022”. Ponadto wpisuje się w założenia Narodowego Programu Zdrowia, w zakresie celu operacyjnego 3: Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa.

Projekt Programu został pozytywnie zaopiniowany przez prof. dr hab. n. med. Piotra Gałęckiego - Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii. Opinia z dnia 15.05.2018 r.:

„Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną są grupą chorób psychicznych, u których podłoża nie udaje się stwierdzić uszkodzeń organicznych, a obserwowane zmiany dotyczą głównie procesów emocjonalnych (przede wszystkim lęku). Zaburzenia opisywane w tej kategorii należą do najczęściej występujących w psychiatrii. U około 15% populacji pojawia się w ciągu całego życia przynajmniej jedna jednostka nozologiczna z tej grupy chorób.

Przebieg zaburzeń nerwicowych jest przewlekły z okresami remisji i zaostrzeń. Przy systematycznym leczeniu rokowanie jest bardzo dobre, jednak powtarzające się napady lęku mogą doprowadzić do inwalidyzacji pacjenta. Istnieje również ryzyko uzależnienia od leków anksjolitycznych. Do czynników przemawiających za dobrym rokowaniem zalicza się: korzystną sytuację społeczną i zawodową, epizodyczny przebieg objawów, określenie czynnika wywołującego zaburzenia. Niekorzystnie rokuje: wczesny początek zachorowania, konieczność hospitalizacji, towarzyszące objawy depresyjne, nastawienie urojeniowe, zaakceptowanie objawów przez chorego oraz nasilone zaburzenia osobowości.

W ocenie wartości programu warto zwrócić uwagę na jego mocne strony:

- a. Mierniki efektywności programu zostały opracowane w sposób kompleksowy i miarodajny, pozwalający na rzetelną ocenę uzyskanych efektów,
- b. Zaproponowane interwencje (...) wyczerpują w pełni cele programu, jak i zakres możliwych do zastosowania oddziaływań,
- c. Realizacja poszczególnych etapów programu wymaga udziału wyspecjalizowanej kadry (psychologów oraz lekarzy psychiatrów), czego są świadomi autorzy programu.

Oceniając przedstawiony program, chciałbym podkreślić jego potencjał w realizacji zaplanowanego celu, tj. ułatwienie powrotu do sprawności, poprzez edukację i rehabilitację, pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną, co zwiększy ich szansę na powrót do aktywności zawodowej i społecznej.”

2. CELE PROGRAMU I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

Cel główny

Głównym celem Programu jest **Powrót do sprawności umożliwiającej podjęcie pracy lub wydłużenie aktywności zawodowej poprzez działania edukacyjne i rehabilitację, co najmniej 10% wśród 3.000 pacjentów z województwa łódzkiego z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną, uczestniczących w Programie w latach 2019-2022.**

Cel programu opracowany został na podstawie Narzędzia nr 3, zdefiniowanego w dokumencie pn.: „Krajowe ramy strategiczne Politycy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” pn.: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy.

Powyższy cel zdeteminowany jest zapisami Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, gdzie efekt zatrudnieniowy jest głównym celem realizacji programów rehabilitacji medycznej, współfinansowanych ze środków unijnych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi Programu są m.in.:

- 1) uzyskanie poprawy objawowej u co najmniej 30% pacjentów uczestniczących w Programie w latach 2019-2022, określanej na podstawie wyników przeprowadzonych kwestionariuszy/testów, w zakresie poziomu odczuwanego stresu, poczucia własnej skuteczności oraz ogólnego stanu zdrowia psychicznego,
- 2) zwiększenie wiedzy na temat zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u co najmniej 30% pacjentów uczestniczących w Programie w latach 2019-2022 (na poziomie deklaratywnym; wiedza określana na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego po zakończeniu udziału w Programie),
- 3) wzrost motywacji do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej u co najmniej 30% pacjentów uczestniczących w Programie w latach 2019-2022 i korzystających z możliwości dofinansowania zajęć aktywności fizycznej w ramach Programu (motywacja określana na poziomie deklaratywnym, na podstawie badania ankietowego przeprowadzanego na zakończenie Programu).

Mierniki efektywności realizacji Programu

W poniższej tabeli przedstawiono mierniki, na podstawie których zostanie dokonana ocena stopnia realizacji celów Programu. Dodatkowo, w ocenie efektywności Programu zostanie uwzględniona:

- ✓ liczba osób, które zgłosiły się i wypełniły testy kwalifikujące do Programu,
- ✓ liczba wykonanych świadczeń z poszczególnego rodzaju tj. treningów, indywidualnych konsultacji psychologicznych lub psychiatrycznych,
- ✓ liczba osób, które skorzystały z możliwości dofinansowania udziału w zajęciach aktywności fizycznej wraz z określeniem liczby i rodzaju tych zajęć.

NAZWA MIERNIKA	WARTOŚĆ ODNIESIENIA	WARTOŚĆ DOCELOWA	SPOSÓB POMIARU
Liczba osób, które po zakończeniu udziału w Programie podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie ⁴	liczba osób, które uczestniczyły w Programie	co najmniej 10% uczestników Programu	informacje i dokumentacja dotyczące aktywności zawodowej uczestników; pomiar do 4 tyg. od zakończenia udziału pacjenta w Programie
Liczba osób, u których po udziale w Programie nastąpi poprawa w zakresie odczuwanego stresu, rozumiana jako uzyskanie w powtórny badaniu testem PSS-10 wyniku mieszczącego się w 1-4 stopniu.	liczba osób, które uczestniczyły w Programie (z wynikiem testu PSS-10 przeprowadzonego podczas kwalifikacji do Programu mieszczącym się w 5-10 stopniu)	co najmniej 30% uczestników Programu	porównanie wyników badań testem PSS-10 przeprowadzonych podczas kwalifikacji do Programu i po zakończeniu udziału w Programie (podczas ostatniej konsultacji)
Liczba osób, u których po udziale w Programie nastąpi wzrost poczucia własnej skuteczności, rozumiany jako uzyskanie w powtórny badaniu skalą GSES wyniku mieszczącego się w 5-10 stopniu.	liczba osób, które podczas kwalifikacji do Programu uzyskały w skali GSES wynik mieszczący się w 1-4 stopniu	co najmniej 30% uczestników Programu	porównanie wyników badań skalą GSES przeprowadzonych podczas kwalifikacji do Programu i po zakończeniu udziału w Programie (podczas ostatniej konsultacji)
Liczba osób u których po udziale w Programie nastąpi poprawa w zakresie ogólnego stanu zdrowia psychicznego, rozumiana jako uzyskanie w powtórny badaniu kwestionariuszem GHQ wyniku mieszczącego się w 1-6 stopniu.	liczba osób, które podczas kwalifikacji do Programu uzyskały w kwestionariuszu GHQ wynik mieszczący się w 7-10 stopniu	co najmniej 30% uczestników Programu	porównanie wyników badań kwestionariuszem GHQ przeprowadzonych podczas kwalifikacji do Programu i po zakończeniu udziału w Programie (podczas ostatniej konsultacji)
Liczba osób, u których zwiększy się poziom wiedzy dot. zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną	liczba osób, które uczestniczyły w Programie	co najmniej 30% uczestników Programu	poziom wiedzy określany będzie w sposób deklaracyjny, na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego na zakończenie Programu
Liczba osób deklarujących wzrost motywacji do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej	liczba osób, która skorzystała z zajęć aktywności fizycznej w ramach Programu	co najmniej 30% uczestników Programu którzy skorzystali z zajęć aktywności fizycznej w ramach Programu	motywacja określana na poziomie deklaracyjnym, na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego na zakończenie Programu
Liczba osób objętych działaniami w ramach Programu	liczba osób, które wzięły udział w Programie i przeszły jego pełną ścieżkę	co najmniej 3.000	listy obecności, rejestry

⁴ osoby, które podjęły pracę liczone są w odniesieniu do osób bezrobotnych i biernych zawodowo, natomiast w przypadku osób kontynuujących zatrudnienie – w odniesieniu do pracujących zagrożonych utratą pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia

Przesłanki przyjętych wartości docelowych dla celów szczegółowych i mierników efektywności

CEL SZCZEGÓŁOWY	NAZWA MIERNIKA	PRZESŁANKI
-	Liczba osób, które po zakończeniu udziału w Programie podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	Przyjęta wartość docelowa (co najmniej 10% uczestników Programu) jest zgodna z założeniami wskaźnika w tym brzmieniu przyjętej dla RPO WŁ, Priorytetu Inwestycyjnego 8 vi, jako minimalna wartość skuteczność interwencji dotyczącej rehabilitacji medycznej w wymiarze aktywności zawodowej.
Uzyskanie poprawy objawowej u co najmniej 30% pacjentów uczestniczących w Programie w latach 2019-2022, określanej na podstawie wyników przeprowadzonych kwestionariuszy/ testów, w zakresie poziomu odczuwanego stresu, poczucia własnej skuteczności oraz ogólnego stanu zdrowia psychicznego	Liczba osób, u których po udziale w Programie nastąpi poprawa w zakresie odczuwanego stresu, rozumiana jako uzyskanie w powtórny badaniu testem PSS-10 wyniku mieszczącego się w 1-4 stenie Liczba osób, u których po udziale w Programie nastąpi wzrost poczucia własnej skuteczności, rozumiany jako uzyskanie w powtórny badaniu skalą GSES wyniku mieszczącego się w 5-10 stenie Liczba osób u których po udziale w Programie nastąpi poprawa w zakresie ogólnego stanu zdrowia psychicznego, rozumiana jako uzyskanie w powtórny badaniu kwestionariuszem GHQ wyniku mieszczącego się w 1-6 stenie	Wartości docelowe zostały przyjęte jako minimalna, bezpieczna granica, która może świadczyć o efektywności realizowanego Programu. Wartości zostały zaakceptowane przez eksperta opiniującego Program. Wartości określono z uwzględnieniem analizy podobnych interwencji publicznych oraz doświadczeń regionalnej polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego.
Zwiększenie wiedzy na temat zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u co najmniej 30% pacjentów uczestniczących w Programie w latach 2019-2022 (na poziomie deklaracyjnym; wiedza określana na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego po zakończeniu udziału w Programie)	Liczba osób, u których zwiększy się poziom wiedzy dot. zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną	
Wzrost motywacji do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej u co najmniej 30% pacjentów uczestniczących w Programie w latach 2019-2022 i korzystających z możliwości dofinansowania zajęć aktywności fizycznej w ramach Programu (motywacja określana na poziomie deklaracyjnym, na podstawie badania ankietowego przeprowadzanego na zakończenie Programu).	Liczba osób deklarujących wzrost motywacji do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej	
-	Liczba osób objętych działaniami w ramach Programu	Przyjęta wartość docelowa (co najmniej 3.000 osób) odpowiada liczebności populacji docelowej objętej działaniami Programu.

Dodatkowe mierniki – wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO oraz krajowych wytycznych horyzontalnych⁵

⁵ Zgodnie z krajowymi „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, Załącznik 1, mierniki efektywności odpowiadające celom programu powinny być zgodne ze wskaźnikami określonymi we Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych, stanowiącej załącznik do krajowych „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”. W związku z takim wymogiem z listy WLWK wybrano wskaźniki odpowiadające programowi rehabilitacji, które będą generowane przez realizatorów, uzupełniając nimi wskaźniki odpowiadające specyfice interwencji programu, ustalonymi podczas prac nad programem.

MIERNIK	WARTOŚĆ ODNIESIENIA	WARTOŚĆ DOCELOWA	SPOSÓB POMIARU
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	liczba uczestników objętych wsparciem w Programie	co najmniej 3.000	Zestawienia wykonanych świadczeń, listy obecności, rejestry osób
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	liczba uczestników Programu w wieku 50 lat	wartość docelowa będzie wynikać z założeń poszczególnych wniosków o dofinansowanie.	Zestawienia wykonanych świadczeń, listy obecności, rejestry osób
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie*	liczba uczestników Programu	co najmniej 10% uczestników Programu	Informacje i dokumentacja dotyczące aktywności zawodowej uczestników. Pomiar do 4 tyg. od zakończenia udziału pacjenta w programie
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie*	liczba uczestników Programu w wieku 50 lat i więcej	co najmniej 10% uczestników Programu w wieku 50+	Informacje i dokumentacja dotyczące aktywności zawodowej uczestników. Pomiar do 4 tyg. od zakończenia udziału pacjenta w programie

* liczone są w odniesieniu do osób bezrobotnych i biernych zawodowo, natomiast w przypadku osób kontynuujących zatrudnienie – w odniesieniu do pracujących zagrożonych utratą pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia.

3. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU

Populacja docelowa

Program adresowany jest do mieszkańców województwa łódzkiego, osób w wieku aktywności zawodowej⁶, ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 50 roku życia, cierpiących na zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, którzy spełniają kryteria włączenia do Programu, określone w kolejnym punkcie Programu.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2016 r. województwo łódzkie zamieszkiwało 2.485.323 osób, w tym ponad 60% (1.508.942) stanowili mieszkańcy w wieku produkcyjnym (*Bank Danych Lokalnych*).

⁶ Według „Wytocznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, osoba w wieku aktywności zawodowej to „osoba w wieku 15 lat i więcej. 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. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym).

Według danych Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (2018), w 2017 roku liczba pacjentów zamieszkujących województwo łódzkie z rozpoznaniem: zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną w wieku 20-69 lat wyniosła 61.176. Do oszacowania populacji uwzględniono także pozostałe kryteria wyłączenia t.j. udział w działaniach rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ lub ZUS - w 2017 roku z rehabilitacji schorzeń psychosomatycznych, prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS skorzystało 389 osób, ze świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dorosłych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia – 108 osób, a ze świadczeń dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia – 116 osób.

Na podstawie powyższych danych, wielkość populacji kwalifikującej się do Programu oszacowano na 60.563 osoby. Ze względu na wielkość kwoty przewidzianej na niniejsze działanie, a także biorąc pod uwagę zasoby opieki psychiatrycznej województwa łódzkiego, planowane jest objęcie różnymi działaniami oferowanymi w ramach Programu co najmniej 3.000 osób t.j. 4,95% populacji kwalifikującej się do Programu. Program realizowany będzie w latach 2019-2022.

Kryteria kwalifikacji do Programu oraz kryteria wyłączenia z Programu

Kryteriami kwalifikującymi do Programu są:

- miejsce zamieszkania: województwo łódzkie,
- wiek aktywności zawodowej,
- wcześniejsze rozpoznanie lub podejrzenie zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną stwierdzone przez lekarza POZ, lekarza poradni zdrowia psychicznego, lekarza medycyny pracy lub psychologa. Weryfikacja następuje na podstawie oświadczenia pacjenta; nie jest wymagany dokument poświadczony przez ww. osoby.
- wynik testu PSS-10 (Perceived Stress Scale), przeprowadzonego podczas kwalifikacji do Programu, mieszczący się w 5-10 stenie.

Kryteria wykluczenia:

- przebyta rehabilitacja lecznicza w schorzeniach psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ostatnim roku; weryfikacja następuje na podstawie oświadczenia pacjenta.
- przebyta rehabilitacja psychiatryczna finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w ostatnim roku; weryfikacja następuje na podstawie oświadczenia pacjenta.
- posiadanie przez pacjenta orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy; weryfikacja następuje na podstawie oświadczenia pacjenta.

- wynik testu PSS-10 (Perceived Stress Scale), przeprowadzonego podczas kwalifikacji do Programu, mieszczący się w 1-4 stenie.

Planowane interwencje

Zakres działań oferowanych w Programie wynika i jest zgodny z „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”. Zaproponowany w Programie cykl interwencji nie jest świadczeniem gwarantowanym i nie mógłby zostać sfinansowany w takiej formie ze środków publicznych.

W ramach Programu oferowane są świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych. Rehabilitacja w tym trybie może być prowadzona także po powrocie pacjenta do pracy zawodowej, zmniejszając ryzyko wystąpienia u niego nawrotu choroby i poprawiając jego codzienne funkcjonowanie.

Interwencje proponowane w ramach Programu zostały dobrane w taki sposób, aby oddziaływać m.in. na czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych czyli w szczególności na rozwijanie kompetencji i umiejętności osobistych (głównie poprzez edukację oraz zajęcia warsztatowe umożliwiające nabycie i wyćwiczenie praktycznych umiejętności poprzez zastosowanie ich w warunkach symulowanych). Kolejnym elementem Programu będzie zachęcanie uczestnika do podjęcia aktywności fizycznej, dostosowanej do jego stanu zdrowia i akceptowanej przez niego. Zgodnie z wynikami badań, regularna aktywność fizyczna jest bowiem czynnikiem chroniącym lub zmniejszającym nasilenie m.in. dla zaburzeń psychicznych (OECD, 2009).

W ramach Programu planowane jest podjęcie następujących działań:

1) Etap promocji Programu. Działania informacyjne.

Działania skierowane do ogółu mieszkańców województwa, mające na celu zaproszenie do udziału w Programie, a także działania skierowane do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, personelu poradni zdrowia psychicznego (lekarzy, psychologów, psychoterapeutów), organizacji pozarządowych zajmujących się tematyką zdrowia psychicznego, polegające m.in. na dostarczeniu im wiedzy na temat realizowanego w regionie Programu oraz możliwości kierowania pacjentów do udziału w nim. W rekrutację do Programu powinni zostać włączeni także lekarze medycyny pracy, którzy mogą informować pacjentów podczas badań kontrolnych i okresowych o możliwości uczestniczenia w Programie.

W ramach akcji informacyjnej mogą zostać wydrukowane i rozdyskrebowane m.in. ulotki, plakaty, broszury o Programie, dopuszczalna jest emisja spotów/audycji radiowych, telewizyjnych, a także zamieszczanie informacji w serwisach internetowych oraz ich przekazywanie drogą elektroniczną. Wybór sposobu realizacji działań informacyjnych należy do beneficjentów realizujących Program (realizatorów).

Powinni oni dążyć do objęcia działaniami informacyjnymi jak największej liczby mieszkańców – potencjalnych uczestników Programu, a także jak największej liczby ww. personelu medycznego i organizacji pozarządowych zajmujących się tematyką zdrowia psychicznego.

Informacje o podejmowanych w ramach Programu działaniach zostaną zamieszczone także w serwisach internetowych dedykowanych zdrowiu i portalach społecznościowych Województwa Łódzkiego.

Wszystkie działania o charakterze informacyjno-promocyjnym mogą być finansowane jedynie w ramach kosztów pośrednich dostępnych w ramach projektu dla beneficjentów realizujących Program.

Zachęcony przez swojego lekarza, psychologa, psychoterapeutę lub spontanicznie, na podstawie uzyskanej przez siebie informacji pacjent kontaktuje się z beneficjentem realizującym Program w celu przejścia etapu kwalifikującego do Programu.

2) Etap kwalifikacji pacjentów do Programu. Działania diagnostyczne.

Na tym etapie następuje weryfikacja czy osoba zgłaszająca się do udziału w Programie spełnia warunki określone w punkcie kryteria kwalifikacji do Programu. Proces ten uwzględnia także przeprowadzenie w oparciu o narzędzia psychologiczne oceny stanu psychicznego pacjenta.

Ocena stanu psychicznego zgłaszającego się pacjenta zostanie wykonana przy pomocy następujących kwestionariuszy/testów⁷:

1. Skala **PSS-10** (Perceived Stress Scale - Skala odczuwanego stresu)
2. Skala **GSES** (Generalized Self-Efficacy Scale – Skala uogólnionej własnej skuteczności)
3. **GHQ** - Ocena Zdrowia Psychicznego według D. Goldberga

Wskazane testy są odpowiednie do stosowania podczas wdrażania programów zdrowotnych i ich ewaluacji (*Juczyński, 2001*).

1. Skala PSS-10 (Perceived Stress Scale - Skala odczuwanego stresu)

Skala autorstwa Cohen, Kamarck, Mermelsteina, w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009). Skala ta służy do pomiaru odczuwanego stresu u osób dorosłych. Zawiera 10 pytań; ocena dokonywana jest w odniesieniu do ostatniego miesiąca. Wynik jest miarą przewlekłego stresu, który stanowi czynnik ryzyka chorób. Narzędzie jest odpowiednie do badań zarówno indywidualnych jak i grupowych, czas wypełnienia kwestionariusza to ok 5 minut. Jest to metoda samooceny, ale również może być wykorzystana jako forma wywiadu. Test może

⁷ Opis poszczególnych testów opiera się na informacjach zamieszczonych na stronie Pracowni testów psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (<https://www.practest.com.pl/>), dostęp z dn. 14.03.2018 r.

być stosowany przez psychologów, socjologów, personel medyczny, pracowników ochrony i promocji zdrowia (wymagany dyplom magisterski studiów psychologicznych, socjologicznych, medycznych lub ochrony i promocji zdrowia). Rzetelność testu określa wskaźnik alfa Cronbacha równy 0,86. Korelacja wszystkich pytań z ogólnym wynikiem skali jest zadowalająca.

Skala PSS-10 w trafny sposób mierzy subiektywne odczucia związane z problemami i zdarzeniami osobistymi oraz sposobami radzenia sobie z nimi, korelując pozytywnie z nasileniem stresu zawodowego w pracy, ocenionym na podstawie Kwestionariusza do Subiektywnej Oceny Pracy.

2. Skala uogólnionej własnej skuteczności (Generalized Self-Efficacy Scale) GSES.

Skala autorstwa Schwarzera, Jerusalem i Juczyńskiego. Składa się z 10 stwierdzeń, mierzy ona siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Skalę można stosować do osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Czas wypełniania testu nie przekracza 2-3 minut. Wyniki w stenach 1-4 przyjmuje się za wyniki niskie, 5-6 – przeciętne, 7-10 – jako wysokie. Suma wszystkich punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Poczucie własnej skuteczności określa przekonanie osoby, co do jej szans osiągnięcia danego celu. Spostrzegana skuteczność sprzyja radzeniu sobie ze stresem. Osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności osiągają lepsze efekty w zakresie zmiany zachowań szkodliwych dla zdrowia. Niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się z depresją, lękiem i bezradnością (Schwarzer, Fuchs, 1995; Juczyński, 1998a w Juczyński, 2001). Poczucie własnej skuteczności odgrywa kluczową rolę w przekształcaniu zamiarów w działanie (np. podczas nabywania określonych zachowań zdrowotnych). Reprezentuje ono przekonanie, że posiada się odpowiednie umiejętności do tego, aby dzięki własnej aktywności zmienić swoje zachowanie.

Rzetelność skali GSES oszacowano na podstawie badania 174 osób w wieku 20-55 lat. Współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,85.

Trafność: Istotne statystycznie zależności między skalą GSES a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia (MHLC), nastawieniem optymistycznym (mierzonym Testem Orientacji życiowej LOT-R) i poczuciem własnej wartości (mierzonym Skalą Poczucia Własnej Wartości Rosenberga RSES). Skala posiada jednolitą strukturę, potwierdzoną wynikami analizy czynnikowej.

3. GHQ - Ocena Zdrowia Psychicznego według D. Goldberga

Skala autorstwa Goldberga, w polskiej adaptacji Makowskiej i Merecz przeznaczona jest do badania osób dorosłych; odpowiednia do badań indywidualnych jak i grupowych. Czas badania na ogół nie przekracza 10 min. Użytkownikami testu mogą być psychologowie i lekarze, głównie psychiatry (wymagany dyplom magisterski studiów psychologicznych lub medycznych - lekarze). Test pomocny jest w badaniach przesiewowych mających na celu ujawnienie osób z zaburzeniami psychicznymi oraz badaniach kondycji psychicznej różnych populacji. Normy stenowe opracowano

(oddzielne dla kobiet i mężczyzn) dla pracujących osób dorosłych i pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej.

Skala pozwala na wyłonienie osób, których stan psychiczny uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu w wyniku doświadczanych trudności, problemów lub na skutek choroby psychicznej oraz takich, u których występuje istotne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego. W ramach Programu zalecane jest korzystanie z Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 (choć dopuszczalne jest wykorzystanie GHQ-12). W wersji GHQ-12 uzyskuje się wynik ogólny będący wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego pacjenta, natomiast wersja GHQ-28 oprócz wyniku ogólnego ma cztery skale: symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji.

Test charakteryzuje się wysokimi współczynnikami zgodności wewnętrznej obu kwestionariuszy oraz zadowalającą stabilnością bezwzględną. Jego trafność została potwierdzona metodą porównań międzygrupowych oraz analiz czynnikowych wersji GHQ-28.

Jednym z kryterium kwalifikacji do Programu jest wynik testu PSS-10 mieszczący się w zakresie 5 stenów i więcej. Kwalifikacja następuje wyłącznie na podstawie wyników testu PSS-10, niemniej jednak do dalszego postępowania w ramach Programu, a także oceny jego skuteczności są niezbędne i posłużą wyniki wszystkich w/w wypełnionych testów diagnostycznych.

Pacjent przed przystąpieniem do etapu kwalifikacji do Programu zostaje zapoznany z jego celami, przebiegiem oraz wyraża świadomą zgodę na uczestnictwo w nim.

Beneficjent może przeprowadzić proces kwalifikujący do Programu w dwojaki sposób:

→ zapraszając pacjenta do osobistego kontaktu z osobą przeprowadzającą kwalifikację do Programu, w oparciu o narzędzia diagnostyczne opisane powyżej. Osoba kwalifikująca do Programu zostanie wyznaczona przez beneficjenta realizującego Program i będzie posiadała umiejętności i uprawnienia do wykonywania w/w testów. Po wypełnieniu testów Pacjent powinien w jak najkrótszym czasie uzyskać informację zwrotną co do wyniku przeprowadzonego procesu kwalifikacji.

LUB

→ za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych t.j. poprzez zapewnienie pacjentowi możliwości wypełnienia testów kwalifikujących go do Programu w sposób zdalny (np. skorzystanie z istniejącej platformy internetowej umożliwiającej wypełnienie w/w testów lub w jakiegokolwiek innej formie elektronicznej zapewniającej zachowanie pełnego bezpieczeństwa przesyłanych danych i uwzględniającej zasady ochrony danych osobowych, w tym danych wrażliwych). Interpretacji wypełnionych testów dokonuje osoba

wyznaczona przez beneficjenta realizującego Program, która posiada umiejętności i uprawnienia do tego. Po wypełnieniu testów Pacjent powinien w jak najkrótszym czasie uzyskać informację zwrotną co do wyniku przeprowadzonego procesu kwalifikacji.

W ramach Programu beneficjent realizujący Program może zakupić narzędzia diagnostyczne, które są niezbędne do przeprowadzenia kwalifikacji pacjentów do Programu oraz materiały konieczne do ich interpretacji (podręczniki).

3) Oddziaływania lecznicze

Pacjent, który pomyślnie przeszedł etap kwalifikacji do Programu może skorzystać z opisanych dalej interwencji zaplanowanych do realizacji w ramach Programu.

Głównym elementem Programu jest ok. 10 tygodniowy blok zajęć obejmujący obok behawioralnych treningów z zakresu: rozwijania umiejętności społecznych, poczucia własnej wartości, radzenia sobie ze stresem, zarządzania sobą w czasie, także trening relaksacyjny, zajęcia aktywności fizycznej oraz indywidualne konsultacje psychologiczne i/lub konsultacje psychiatryczne.

Moduł warsztatowy	trening rozwijania umiejętności psychospołecznych (2 zajęcia)
	trening radzenia sobie ze stresem (2 zajęcia)
	trening rozwijania umiejętności emocjonalnych (2 zajęcia)
	trening zarządzania sobą w czasie (1 zajęcie)
	trening relaksacyjny (3 zajęcia)
Indywidualne konsultacje psychologiczne i/lub psychiatryczne (max. 4)	
Zajęcia aktywności fizycznej (max. 8)	

W ramach Programu pacjent będzie mógł wziąć udział m.in. w **treningu rozwijania umiejętności psychospołecznych i radzenia sobie ze stresem**. Treningi umiejętności społecznych mają na celu podniesienie kompetencji osobistych, niezbędnych do świadomego i efektywnego funkcjonowania w codziennym życiu, zarówno prywatnym, jak i zawodowym. Udział w warsztatach może stać się okazją do wypracowania skutecznych mechanizmów psychospołecznych nastawionych na modyfikację stylu życia. Treningi pełnią także funkcję zapobiegającą nawrotowi choroby lub zmniejszającą nasilenie dolegliwości odczuwanych w sytuacji choroby oraz zwiększającą motywację do podejmowania różnych wyzwań, w tym zawodowych.

Beneficjent realizujący program zorganizuje zajęcia z każdego z wymienionych obszarów, każde trwające minimum 2 godziny zegarowe zgodnie ze schematem umieszczonym powyżej. Treningi będą odbywać się w grupach średnio 6 - osobowych. Treningi powinny zawierać część teoretyczną i praktyczną, służącą nabyciu określonych umiejętności.

Trening rozwijania umiejętności psychospołecznych powinien koncentrować się w szczególności na następujących zagadnieniach:

- ✓ czym jest komunikacja interpersonalna i jej rodzaje (werbalna, niewerbalna),
- ✓ „skuteczne” słuchanie i mówienie, bariery w komunikacji,
- ✓ formułowanie komunikatów typu „Ja”, zagrożenia związane z używaniem komunikatów typu „Ty”,
- ✓ porozumienie bez przemocy Marshalla Rosenberga,
- ✓ agresja i konflikt; zachowania, które prowadzą do eskalacji konfliktu,
- ✓ asertywność, poczucie własnej wartości,
- ✓ wsparcie społeczne.

Trening radzenia sobie ze stresem powinien obejmować m.in. następujące zagadnienia:

- ✓ czym jest stres i czynniki wywołujące stres,
- ✓ funkcje stresu,
- ✓ sposoby radzenia sobie ze stresem (diagnoza stylu radzenia sobie),
- ✓ dysfunkcjonalne przekonania, myśli automatyczne,
- ✓ świadomość ciała i jego reakcji w sytuacji wywołującej stres,
- ✓ oddech i aktywność fizyczna w walce ze stresem,
- ✓ skutki stresu (zdrowie somatyczne i zdrowie psychiczne).

Pozostałe treningi, oferowane uczestnikowi Programu to:

Trening rozwijania umiejętności emocjonalnych, który powinien obejmować następujące zagadnienia tematyczne:

- ✓ emocje podstawowe (strach, złość, radość, smutek, wstręt), ich funkcja oraz manifestacja,
- ✓ znaczenie emocji dla zdrowia psychicznego (fizjologiczne mechanizmy emocji),
- ✓ myśli, emocje, ciało, zachowanie – wzajemne powiązania,
- ✓ dysfunkcjonalne przekonania, myśli automatyczne – jak wpływają na zachowania i samopoczucie, jak je modyfikować,
- ✓ empatia,
- ✓ sposoby budowania odporności psychicznej.

Trening zarządzania sobą w czasie powinien obejmować następujące zagadnienia tematyczne:

- ✓ diagnoza indywidualnych przeszkód w efektywnej organizacji pracy własnej i wykorzystania czasu,
- ✓ wyznaczenie celów i planowanie - jak skonstruować cel by zwiększyć szanse na jego realizację (m.in. zasada SMART, cele krótko- i długoterminowe),
- ✓ ustalanie priorytetów, podział zadań na pilne, niepilne, ważne i nieważne,
- ✓ złodzieje czasu – pochłaniacze czasu, przerywacze pracy,
- ✓ przyczyny i metody walki z odkładaniem zadań na później,
- ✓ delegowanie zadań.

Każdy z w/w warsztatów powinien trwać minimum 2 godziny zegarowe i odbywać się w grupach nie większych niż 6 - osobowe. Treningi powinny zawierać część teoretyczną i praktyczną, służącą nabyciu określonych umiejętności.

Wszystkie oddziaływania terapeutyczne zaproponowane w ramach Programu, będą opierały się na metodach o udowodnionej skuteczności, przede wszystkim na podejściu poznawczo-behawioralnym (CBT – Cognitive Behavioral Therapy), które głównie koncentruje się na rozpoznawaniu i modyfikowaniu destrukcyjnych przekonań i automatycznych myśli, które negatywnie kształtują emocje i zachowania, konstruktywnym rozwiązywaniu problemów i wprowadzaniu zmian w postępowaniu i konkretnych sytuacjach życiowych oraz trenowaniu pożądanых przez pacjenta zachowań i umiejętności.

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

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

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

Oddziaływania terapeutyczne w Programie mogą także obejmować interwencje z zakresu krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej (short-term psychodynamic psychotherapies STPP). W podejściu tym zwraca się uwagę m.in. na rolę, jaką w dorosłym życiu pełnią ślady doświadczeń z dzieciństwa, w szczególności związanych z dziecięcymi zranieniami, schematy ukształtowane z relacjach z bliskimi osobami w przeszłości wpływające zaburzająco na aktualne kontakty z ludźmi i samym sobą oraz stosowane mechanizmy obronne, które choć łagodzą cierpienie to zniekształcają świadomość i przeszkadzają w uwalnianiu się od przeszłości.

Badania wskazują, że STPP cechuje się wysoką skutecznością; znaczącą poprawę w porównaniu z grupami kontrolnymi (odroczone psychoterapia) dostrzeżono u pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowe, depresyjne, związane ze stresem, w niektórych zaburzeniach zachowania oraz zaburzeniach osobowości, zarówno biorąc pod uwagę efekty krótko jak i długoterminowe. Należy jednak zauważyć, że niektóre z uzyskanych wyników nie były istotne statystycznie (*Abbass, Kisely, Town, Leichsenring, Driessen, De Maat, Gerber, Dekker, Rabung, Rusalovska, Crowe, 2014*).

Badania wskazują, że ogólnie korzystną zmianę w funkcjonowaniu osobowości obserwuje się u większości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości w wyniku zastosowania jakiegokolwiek interwencji psychoterapeutycznej (grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej) (*Cyranka, Rutkowski, Mielimąka, Sobański, Smiatek-Mazgaj, Klasa, Dembińska, Müldner-Nieckowski, Rodziński, 2016*).

W Programie zostały również uwzględnione **treningi relaksacyjne**. W ramach Programu pacjentowi oferuje się 3 zajęcia z obszaru treningu relaksacyjnego, każde trwające minimum 45 minut oraz udostępnia materiały, w oparciu o które może on ćwiczyć samodzielnie.

Treningi relaksacyjne są najczęściej stosowanymi sposobami zmniejszania napięcia psychicznego. Do najbardziej popularnych należą: relaksacja Jacobsona i trening autogenny Schultza. Celem treningów relaksacyjnych jest uzyskanie takiego stanu, w którym organizm pracuje sprawnie i wydajnie lecz przy mniejszej mobilizacji fizjologicznej. Po kilku tygodniach systematycznego uprawiania któregoś z tych treningów zmniejszają się m.in. napięcie mięśni; zużycie tlenu; stężenie kwasu mlekowego, liczba uderzeń serca (mniej więcej o trzy na minutę); częstość rytmu oddychania, wzrastają częstość i intensywność fal alfa w mózgu. Zmianom tym towarzyszą subiektywne odczucia spokoju, wyciszenia, odprężenie, akceptacja siebie i otaczającego świata. Przykładowo, ćwiczenia relaksacyjne Jacobsona trwają ok. 20 minut; powtarza się je dwa razy dziennie przez 6-10 dni. Pierwsze treningi przeprowadza się w obecności instruktora. Następne można uprawiać samemu, korzystając z gotowych zestawów ćwiczeń.

Choć metaanaliza 50 badań porównujących treningi relaksacyjne z poznawczo-behawioralnym leczeniem zaburzeń lękowych wykazała, że relaksacje są mniej skuteczne w leczeniu stresu pourazowego i zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych to jednak nie ma dowodu na to, że w pozostałych zaburzeniach lękowych są mniej skuteczne niż terapia poznawczo-behawioralna (Montero-Martin, Garcia-Campayo, Lopez-Montoyo, Zabaleta-Del-Olmo, Culipers, 2017).

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

Przy doborze zajęć dla poszczególnych uczestników zalecane jest ich rozdysponowanie w zależności od schorzenia, bądź jego ciężkości.

Aktywność fizyczna

Uczestniczący w Programie pacjent może uzyskać zwrot kosztów udziału w zajęciach **aktywności fizycznej**, wybranych i zrealizowanych we wskazanym przez siebie miejscu (np. zajęcia jogi, tai-chi, pływanie, aerobik, pilates). Dofinansowanie obejmuje maksymalnie 8 zajęć aktywności fizycznej odbytych w trakcie trwania Programu. Niniejsze działanie ma na celu zachęcenie pacjenta do podjęcia aktywności fizycznej; może być również okazją do wypróbowania i zapoznania się z różnymi rodzajami aktywności fizycznej, bez ponoszenia w związku z tym kosztów finansowych.

Zgodnie z wynikami badań, regularna aktywność fizyczna jest czynnikiem chroniącym lub zmniejszającym nasilenie m.in. dla zaburzeń psychicznych (OECD, 2009).

Wyniki badań obserwacyjnych wykazują, że regularne podejmowanie aktywności fizycznej idzie w parze ze zmniejszonym ryzykiem diagnozy zaburzeń lękowych w porównaniu do osób prowadzących siedzący tryb życia. Natężenie lęku, traktowanego zarówno jako stan jak i cecha uległ obniżeniu wśród badanych z podwyższonym ciśnieniem krwi, którzy brali udział w 12-tygodniowym programie Tai Chi w porównaniu do osób, które nie podejmowały żadnej aktywności fizycznej w tym czasie. Analiza wyników randomizowanych badań oraz metaanaliz dotyczących związku aktywności fizycznej z nasileniem zaburzeń lękowych wykazała, że ćwiczenia fizyczne mogą być pomocnym i łatwo dostępnym środkiem stosowanym w leczeniu zaburzeń lękowych. Przy czym zebrany materiał dowodowy nie jest wystarczający, aby zalecać ćwiczenia jako metodę terapeutyczną wśród osób z klinicznie podwyższonym poziomem lęku (Stonerock, Hoffman, Smith, Blumenthal, 2015).

Uwzględniając korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych na ogólne zdrowie organizmu mogą one być realizowane po uprzednim dostosowaniu ich do uczestnika i jego jednostki chorobowej.

Konsultacje indywidualne z psychologiem i/lub lekarzem psychiatrą

Dodatkowo w ramach Programu pacjent może skorzystać z indywidualnych konsultacji psychologicznych (60-minutowych). W razie potrzeby, konsultacje psychologiczne mogą być zastąpione konsultacjami u lekarza psychiatry – na wyraźne życzenie pacjenta lub w związku z zaleceniem osoby kwalifikującej pacjenta do Programu lub psychologa przeprowadzającego konsultację.

Zaleca się, aby interwencje terapeutyczne były podejmowane z zastosowaniem metod opartych na dowodach naukowych o wysokiej skuteczności.

- Co do zasady zakłada się możliwość skorzystania z 4 konsultacji (do 4 konsultacji).
- W sytuacjach uzasadnionych rodzajem i stanem choroby, popartych dowodami naukowymi, dopuszcza się możliwość skorzystania z maksymalnie 12 konsultacji, w szczególności:
 - W przypadku osób ze stwierdzoną fobią społeczną nie należy rutynowo proponować grupowej terapii poznawczo-behawioralnej, gdyż jest ona mniej skuteczna od terapii indywidualnej (*Rekomendacje dotyczące postępowania w fobii społecznej, National Institute for Health and Care – NICE 2013, zweryfikowane w 2017 r.*).
 - W przypadku stwierdzenia zespołu stresu uogólnionego, zespołu lęku napadowego o nasileniu słabym do umiarkowanego, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych o nasileniu słabym do umiarkowanego, zespołu stresu pourazowego o nasileniu słabym do umiarkowanego, dysmorfofobii zasadnych może być więcej indywidualnych form terapii niż tylko 4 konsultacje (*Rekomendacje dotyczące diagnostyki i postępowania w powszechnych zaburzeniach psychicznych, National Institute for Health and Care – NICE 2011, zweryfikowane w 2018 r.; Rekomendacje dotyczące postępowania w zespole lęku uogólnionego i zespole lęku napadowego, National Institute for Health and Care –NICE 2011B, zweryfikowane w 2015 r.; Rekomendacje dotyczące zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych oraz dysmorfobii, National Institute for Health and Care – NICE 2005A, zweryfikowane w 2014 r.; Rekomendacje dotyczące postępowania w zespole stresu pourazowego, National Institute for Health and Care – NICE 2005B, zweryfikowane w 2015 r.*).

Ponadto, realizatorzy powinni dążyć do określenia konkretnych powodów pojawienia się zaburzeń u poszczególnych pacjentów.

4) Zakończenie udziału w Programie i ocena jego skuteczności

Uczestnik Programu na zakończenie jego realizacji odbywa **kończącą indywidualną konsultację z psychologiem lub lekarzem psychiatrą**. Kończąca konsultacja indywidualna jest połączona z oceną stanu psychicznego pacjenta przeprowadzoną przy użyciu tych samych narzędzi psychologicznych, co zastosowane w procesie kwalifikacji do Programu. Ocena porównawcza wyników testów uzyskanych przed uczestnictwem w Programie oraz po zakończeniu interwencji przewidzianych w Programie umożliwia realną i miarodajną ocenę skuteczności zastosowanych interwencji. Psycholog i/lub lekarz psychiatra na podstawie porównania wyników obu badań kwestionariuszowych (przeprowadzonego na etapie kwalifikacji oraz po zakończeniu udziału w Programie) oraz rozmowy przedstawia pacjentowi zalecenia co do dalszego postępowania. Uzyskane przez pacjenta wyniki nanoszone są na kartę pacjenta, której wzór stanowi załącznik A do Programu. Kończąca konsultacja powinna trwać min. 90 minut. Po jej zakończeniu pacjent wypełnia ankietę, oceniającą m.in. jakość świadczeń udzielonych w ramach Programu. Wzór ankiety stanowi załącznik B do Programu.

Program będzie realizowany przez odpowiednio wykwalifikowaną kadrę; kwalifikacje zawodowe osób realizujących poszczególne etapy Programu opisane są w punkcie *Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych*.

Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu

Świadczenia udzielane w ramach Programu są dla pacjenta bezpłatne.

Świadczenia w ramach niniejszego Programu stanowią wartość dodaną do oferowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej. Nie istnieje ryzyko powielania się świadczeń, gdyż w systemie opieki zdrowotnej nie ma produktu stanowiącego odpowiednik działań realizowanych w ramach przedmiotowego Programu. Dodatkowo, każdorazowo przed przystąpieniem do Programu pacjent będzie proszony o wypełnienie oświadczenia dotyczącego niekorzystania w okresie ostatniego roku z rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych organizowanej w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz ze świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dorosłych lub dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wzór takiego oświadczenia zawiera Załącznik C. Mechanizm ten jest skuteczny i w pełni zabezpiecza ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Tematyka Programu jest zgodna z narzędziem zdefiniowanym w dokumencie pn.: „Krajowe ramy strategiczne Politycy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” (Narzędzie 3: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych) – „zgodnie z założeniami będą realizowane projekty dotyczące m.in. (...) rehabilitacji psychiatrycznej”.

Ze względu na fakt, że istotą finansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego programów rehabilitacji medycznej jest ułatwianie powrotu do pracy, programy te skierowane są do osób w wieku aktywności zawodowej, w szczególności powyżej 50 roku życia (co wynika z zapisów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020). W programach rehabilitacji medycznej, o których mowa powyżej mają uczestniczyć osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych (*Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*).

Sposób zakończenia udziału w Programie

Program zakłada długotrwałą, ok. 10 – 15 tygodniową współpracę, której celem jest wypracowanie odpowiednich zachowań zdrowotnych u pacjenta i ich podtrzymanie.

Pacjent może przerwać uczestnictwo w Programie na każdym jego etapie. W przypadku uzyskania zalecenia podczas końcowej konsultacji, co do konieczności dalszego leczenia i/lub diagnostyki pacjent otrzyma informacje w postaci wykazu podmiotów realizujących świadczenia opieki psychiatrycznej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wykaz podmiotów zawarty jest np. w „Informatorze o dostępnych w województwie łódzkim formach pomocy z obszaru zdrowia psychicznego”, przygotowywanym w ramach zadań realizowanych przez Samorząd Województwa Łódzkiego, wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Informator dostępny jest na stronie internetowej:

<http://www.zdrowie.lodzkie.pl/polityka-zdrowotna/zdrowie-psychiczne/informatory-gdzie-szukac-pomocy>

4. ORGANIZACJA PROGRAMU

Etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów

A. wybór beneficjentów realizujących Program w trybie konkursowym

Na etapie konkursu wnioskodawca zamierzający realizować Program przedstawi założenia projektu we wniosku o dofinansowanie, w tym harmonogram realizacji poszczególnych zadań w ramach Programu, w taki sposób, aby umożliwić wykonanie pełnego zakresu świadczeń (określonego w tym punkcie) u każdego zakwalifikowanego pacjenta, w trakcie trwania Programu.

B. akcja informacyjna o Programie realizowana przez wyłonionych beneficjentów oraz Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

Nieodłącznym elementem Programu będzie akcja informacyjna prowadzona przez poszczególnych beneficjentów realizujących Program, skierowana do lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, personelu poradni zdrowia psychicznego (lekarzy, psychologów,

psychoterapeutów), organizacji pozarządowych zajmujących się tematyką zdrowia psychicznego, polegająca m.in. na dostarczeniu im wiedzy na temat realizowanego w regionie Programu oraz możliwości kierowania pacjentów do udziału w nim. W rekrutację do Programu powinni zostać włączeni także lekarze medycyny pracy, którzy mogą informować pacjentów podczas badań kontrolnych i okresowych o możliwości uczestniczenia w Programie.

W ramach akcji informacyjnej mogą zostać wydrukowane i rozdyskrebowane m.in. ulotki, plakaty, broszury o Programie, dopuszczalna jest emisja spotów/audycji radiowych, telewizyjnych, a także zamieszczanie informacji w serwisach internetowych oraz ich przekazywanie drogą elektroniczną. Wybór sposobu realizacji działań informacyjnych należy do beneficjenta realizującego Program. Informacje o podejmowanych w ramach Programu działaniach zostaną zamieszczone także w serwisach internetowych dedykowanych zdrowiu i portalach społecznościowych Województwa Łódzkiego. Wszystkie działania o charakterze informacyjno-promocyjnym, skierowane do ogółu mieszkańców województwa łódzkiego, jak również do lekarzy, będą finansowane w ramach kosztów pośrednich beneficjentów realizujących Program.

C. nabór i kwalifikacja pacjentów do Programu

Nabór i kwalifikacja pacjentów do Programu zostanie przeprowadzona przez beneficjenta realizującego Program. Zakłada się współpracę beneficjenta realizującego Program z podstawową opieką zdrowotną, poradniami zdrowia psychicznego, lekarzami medycyny pracy i organizacjami pozarządowymi w celu dotarcia do jak największej liczby osób zainteresowanych. Kwalifikacja pacjenta nastąpi zgodnie z kryteriami określonymi w punkcie *Kryteria kwalifikacji do Programu oraz wykluczenia z Programu*.

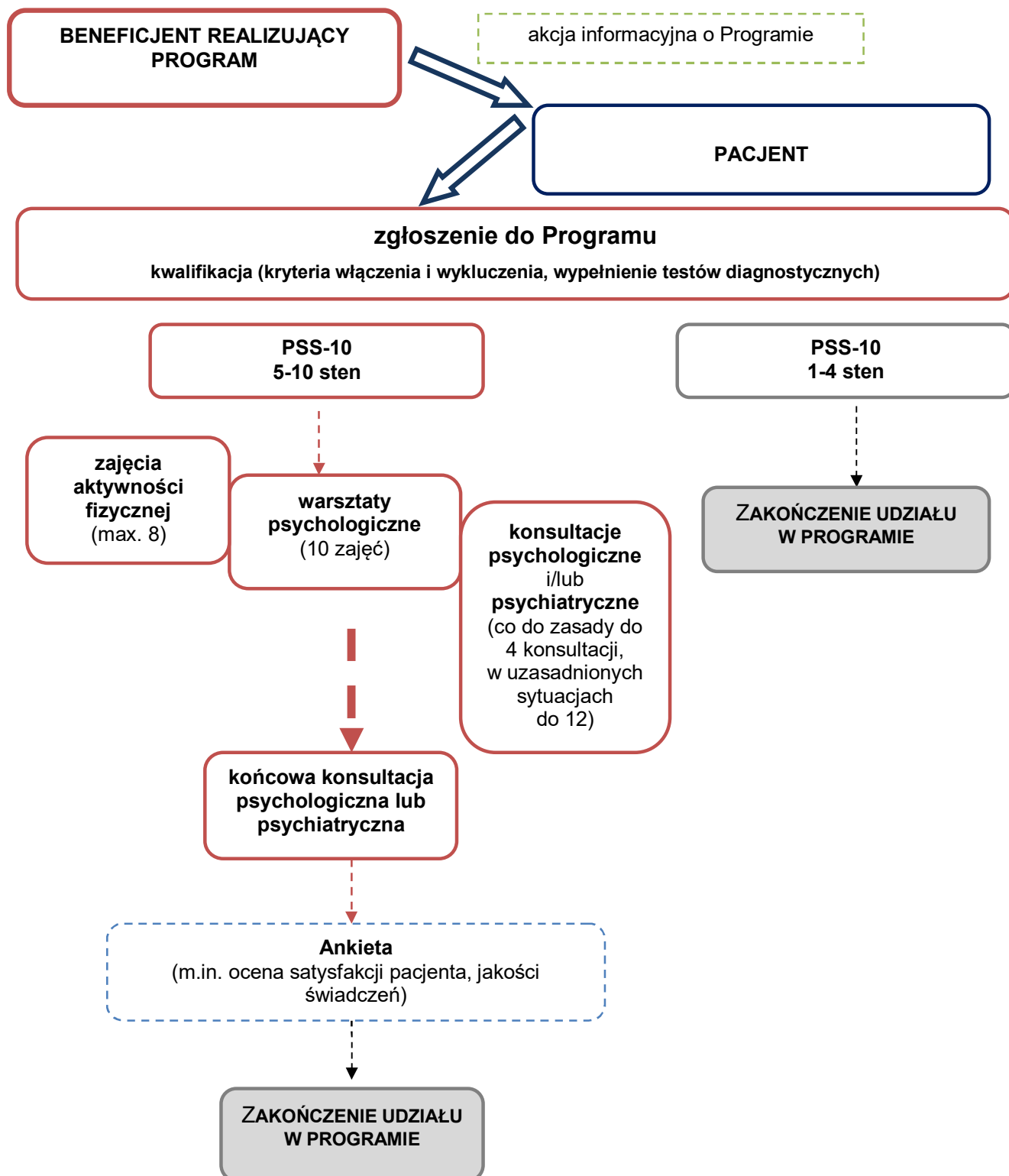
D. realizacja Programu

Realizacja Programu przez wyłonionych beneficjentów będzie uwzględniać opisane w niniejszym Programie interwencje i przebiegać zgodnie ze schematem zamieszczonym na kolejnej stronie. Szczegółowy opis realizacji Programu znajduje się w punkcie *Planowane interwencje oraz Sposób udzielania świadczeń w ramach Programu*.

E. monitorowanie realizacji i ewaluacja Programu

Monitorowanie bieżącej realizacji w celu określenia jego efektywności i stopnia osiągnięcia celów Programu oraz ewaluacja końcowa Programu będą odbywać się zgodnie z opisem zamieszczonym w punktach: *Monitorowanie i ewaluacja* oraz *Mierniki efektywności realizacji Programu*.

ŚCIEŻKA PACJENTA – UPROSZCZONY SCHEMAT



Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Beneficjenci realizujący Program zostaną wybrani w drodze konkursowej. Ogłoszony konkurs zostanie przeprowadzony zgodnie z wymogami ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, jak również krajowych „Wytocznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014–2020” zatwierdzonych przez Ministra Rozwoju. W konkursie składane będą (odpowiednio do ofert) wnioski o dofinansowanie realizacji projektów, podlegające ocenie. Do konkursu mogą przystąpić wszystkie podmioty, z wyłączeniem osób fizycznych (nie dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą lub oświatową na podstawie przepisów odrębnych), w szczególności: jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty wykonujące działalność leczniczą wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, instytucje naukowe, jednostki badawczo-rozwojowe, organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, których cele statutowe lub zakres działalności są zgodne z tematyką Programu.

Minimalna liczba i kwalifikacje zawodowe osób realizujących Program to:

- osoba odpowiedzialna za przeprowadzenie i interpretację testów diagnostycznych na etapie kwalifikacji pacjenta do Programu: psycholog lub lekarz psychiatra lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii,
- osoba odpowiedzialna za prowadzenie treningów oferowanych w ramach niniejszego Programu: psycholog posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć z grupą pacjentów lub lekarz psychiatra posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć z grupą pacjentów lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć z grupą pacjentów (np. psychoedukacji, warsztatów, psychoterapii),
- osoby realizujące indywidualne konsultacje: psycholog posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej lub będący w trakcie w/w specjalizacji lub psycholog z certyfikatem psychoterapeuty lub w trakcie odbywania szkolenia prowadzącego do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty oraz lekarz psychiatra lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii.

Warunki lokalowe oraz wyposażenie w komórkach organizacyjnych, w których realizowany będzie Program powinny obejmować:

- zapewnienie gabinetu przystosowanego do przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego pacjenta oraz indywidualnej konsultacji psychologicznej i/lub psychiatrycznej,

- zapewnienie sali, w której zostaną przeprowadzone zajęcia warsztatowe - treningi, z miejscem siedzącym dla minimum 6 osób oraz pomocami niezbędnymi do realizacji zadania (np. sprzęt audiowizualny, flipchart, materace, poduszki lub maty do treningu relaksacyjnego).

W celu zachowania wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, beneficjenci realizujący Program muszą spełniać wymagania określone w odrębnych przepisach, w tym są obowiązani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisach o działalności leczniczej. Pomieszczenia muszą być wyposażone w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz posiadające stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

Mechanizmy koordynacji z innymi programami i działaniami dotyczącymi aktywizacji osób z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną

Ze względu na realizację przez różne podmioty na terenie województwa działań związanych z aktywizacją osób cierpiących na choroby psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, a także ze względu na ryzyka dotyczące powielania się działań oraz możliwości wynikających z ich uzupełniania się, za zasadne uznano uwzględnienie w rozwiązaniach w tym zakresie:

Powielanie się działań z innymi programami – rozwiązania zapobiegawcze:

- Zalecane jest, aby podmioty realizujące działania Programu monitorowały jakie programy są realizowane na obszarze realizacji projektu. W przypadku stwierdzenia innego programu, którego działania mogą powielać działania w projekcie, powinny o tym niezwłocznie poinformować Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego celem uzgodnienia rozwiązań ograniczających ryzyka z tym związane (np. w sytuacji możliwego korzystania przez tego samego uczestnika z tych samych świadczeń – uzupełnienie Załącznika C o równoległe niekorzystanie z interwencji innego programu polityki zdrowotnej lub innego programu zdrowotnego).

Uzupełnienie się działań – rozwiązania wspierające:

- Podmioty realizujące działania Programu powinny cyklicznie informować uczestników o innych programach polityki zdrowotnej, realizowanych na obszarze realizacji projektu, których działania mają charakter uzupełniający wobec Programu.

- Ze względu na okoliczność, że rehabilitacyjne programy zdrowotne współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego powinny przyczyniać się do zwiększenia aktywności zawodowej, realizatorzy powinni również cyklicznie informować uczestników (np. drogą mailową z zestawieniem informacji):
 - o możliwości korzystania z doradztwa zawodowego na obszarze realizacji projektu w Urzędach Pracy.
 - o innych projektach współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na obszarze realizacji projektu służących podjęciu zatrudnienia, realizowanych na obszarze realizacji projektu,
 - o możliwościach wynikających z działań różnych instytucji dotyczących integracji społecznej i zwiększenia aktywności zawodowej prowadzonych na obszarze realizacji projektu np. Centra Integracji Społecznej, Kluby Integracji Społecznej, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakłady Aktywności Zawodowej, działalności organizacji pozarządowych.
 - grupach wsparcia i samopomocy wspierających osoby cierpiące na choroby i zaburzenia psychiczne, na które cierpią uczestnicy projektu, funkcjonujących na obszarze jego realizacji.

Pomocne informacje dotyczące ww. form wsparcia można pozyskać np. na stronach powiatowych urzędów pracy, Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Łodzi, Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, organizacji pozarządowych z terenu województwa łódzkiego.

Ww. działania w projektach będą finansowane w ramach kosztów pośrednich.

Dodatkowe działania mogą być też podejmowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego.

5. MONITOROWANIE I EWALUACJA

Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do Programu obejmie liczbę uczestników poszczególnych jego etapów. Monitorowana będzie m.in. liczba osób, które:

- ✓ zgłosiły się do Programu,
- ✓ zostały zakwalifikowane do Programu,
- ✓ zrealizowały cykl warsztatów psychologicznych w ramach Programu,
- ✓ skorzystały z zajęć aktywności fizycznej w ramach Programu,
- ✓ zrealizowały pełną ścieżkę Programu.

Przez beneficjenta realizującego Program monitorowaniu będą podlegać także m.in.: przyczyny braku uczestnictwa/rezygnacji pacjentów z poszczególnych etapów/części Programu, w celu identyfikacji pojawiających się barier/trudności i w celu wypracowania skutecznych sposobów zapobiegania im w późniejszym czasie. Beneficjent realizujący Program będzie zobowiązany do kontaktu z osobą, która omija poszczególne części Programu w celu ustalenia przyczyny i przywrócenia (w miarę możliwości) zaangażowania pacjenta.

Ocena jakości świadczeń będzie oparta m.in. na ankietach satysfakcji uczestników z udzielonych w ramach Programu świadczeń; zostanie dokonana przez beneficjenta realizującego Program. Przykładowa ankieta dla pacjenta, którą beneficjent realizujący Program może zmodyfikować/rozbudować stanowi załącznik B do Programu.

Ewaluacja

Program zostanie poddany ewaluacji na zasadach określonych w dokumentach pn.: „Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” oraz „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”. Uwzględniona zostanie ocena zgłaszalności do Programu, jakości udzielanych świadczeń oraz efektywności Programu. Ocena efektywności Programu zostanie przeprowadzona na podstawie analizy i porównania stanu pierwotnego z końcowym m.in. w zakresie poszczególnych wskaźników opisanych szczegółowo w punkcie *Mierniki efektywności Programu*. Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu Programu, będzie procesem długoterminowym; zostanie sfinansowana z innych środków niż realizacja Programu i będzie się odnosić m.in. do zachowania sprawności pacjentów w kontekście ich aktywności zawodowej.

System monitorowania i ewaluacji Programu będzie oparty na sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, danych raportowanych przez beneficjentów realizujących Program w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie. Badanie ewaluacyjne zostanie zaplanowane i przeprowadzone zgodnie z „Planem Ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020”.

6. BUDŻET PROGRAMU

Koszty jednostkowe

I. Koszty merytoryczne dotyczące świadczeń zdrowotnych

Wynoszą 6.679.500 zł, co stanowi 72,63% środków na Program ogółem.

Maksymalny koszt wykonania pełnego świadczenia u jednego uczestnika Programu szacowany jest na ok. **2.226,50 zł** (całkowite koszty bezpośrednie świadczeń przewidziane na realizację Programu podzielono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają).

Koszt ten obejmuje poniżej wymienione działania objęte ścieżką Programu (koszty bezpośrednie tj. koszty działań opisanych szczegółowo w punkcie *Planowane interwencje*):

Etap kwalifikacji do Programu:

Przeprowadzenie testów diagnostycznych i ich interpretacja przez psychologa lub lekarza psychiatrę:

- średni koszt jednostkowy (na pacjenta) – 121 zł
- liczba jednostek – ok. 3.500 (przy założeniu, że badaniu kwalifikacyjnemu musi zostać poddana większa liczba osób niż rzeczywiście zakwalifikowana i uczestnicząca w Programie)
- łączny koszt – **423.500 zł**

Zakup narzędzi diagnostycznych i podręczników do interpretacji może zostać sfinansowany w ramach kosztów bezpośrednich Programu.

Zajęcia grupowe w ramach modułów warsztatowych:

Zakłada się, że wszyscy pacjenci wezmą udział łącznie w 10 zajęciach modułu warsztatowego.

- koszt przeprowadzenia 1 zajęcia trwającego 2 godziny dla grupy średnio 6 osobowej – ok. 652 zł
- koszt na 1 uczestnika – ok. 108,67 zł x 10 zajęć
- liczba jednostek (uczestników Programu) – 3.000
- zakładana liczba grup – ok. 500 (3.000 / 6)
- łączny koszt – **3.260.000 zł** (500 x 652 zł x 10)

Zajęcia aktywności fizycznej:

- koszt na 1 uczestnika - zwrot kosztu 8 zajęć x maksymalnie 24 zł – 192 zł
- liczba jednostek (uczestników Programu) – 3.000
- łączny koszt – **576.000 zł**

Indywidualne konsultacje psychologiczne lub psychiatryczne

Zakłada się, że co do zasady pacjenci będą korzystać z 4 konsultacji (do 4 konsultacji).

W sytuacjach uzasadnionych rodzajem i stanem choroby, popartych dowodami naukowymi, dopuszcza się możliwość skorzystania z maksymalnie 12 konsultacji.

- średni koszt na 1 uczestnika – 121 zł
- liczba jednostek (uczestników Programu) – 3.000
- Liczba osób które skorzystają z maks. 4 konsultacji – 2.375 osób; liczba osób, które skorzystają z maks. 12 konsultacji 625 osób.

- Łączna liczba konsultacji 17.000 ($2.375 \times 4 = 9.500$; $625 \times 12 = 7.500$; $9.500 + 7.500 = 17.000$).
- łączny koszt – **2.057.000 zł**.

Końcowa indywidualna konsultacja psychologiczna lub psychiatryczna/ocena skuteczności Programu

- średni koszt na 1 uczestnika – 121 zł
- liczba jednostek (uczestników Programu) – 3.000
- łączny koszt – **363.000 zł**

II. Inne koszty związane z działaniami merytorycznymi, finansowane w ramach kosztów bezpośrednich, poza kosztami świadczeń – wynoszą 678.000 zł, co stanowi 7,37% środków na Program ogółem.

- a) **Koszt zakupu narzędzi diagnostycznych niezbędnych do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników – 90.000 zł**

(Zakłada się uśredniony koszt 30 zł / 1 uczestnika).

- b) **Koszt wynajmu pomieszczeń na potrzeby indywidualnych konsultacji psychologicznych / psychiatrycznych i sal na potrzeby zajęć grupowych – 255.000 zł**

Przy czym zakłada się, że koszt wynajmu zazwyczaj będzie wykazywany w budżetach projektów jako wymagany wkład własny.

- c) **Koszty zapewnienia dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla uczestników z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem (koszty bezpośrednie) – 135.000 zł.**

Zapewnienie dojazdu dotyczy osób, dla których dojazd stanowi barierę udziału w Programie, w tym mieszkańców obszarów wiejskich i słabo zaludnionych.

Na potrzeby założeń Programu przyjęto, że z ww. kosztów skorzysta 10% uczestników Programu, zaś refundacja będzie dotyczyć 30 przejazdów (15 w obie strony); koszt jednostkowy przejazdu to 15 zł.

- d) **Koszty zapewnienia opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia – 54.000 zł.**

Na potrzeby założeń Programu przyjęto, że z ww. kosztów skorzysta 1% uczestników Programu, 15 dni opieki nad osobami zależnymi; koszt osobodnia opieki to 120 zł (8 godzin dziennie, 20 zł / godzina).

e) Koszty dotyczące finansowania środków trwałych i cross-financingu – 144.000 zł.

Wydatki dotyczące finansowania środków trwałych bezpośrednio powiązanych z przedmiotem projektu lub wykorzystywanych w celu wspomagania procesu wdrażania projektu, a także wydatki dotyczące cross-financingu, w tym dostosowania lub adaptacji budynków, pomieszczeń w szczególności do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (koszty bezpośrednie).

Wydatki dotyczące finansowania środków trwałych obejmują nie tylko różne formy zakupu sprzętu (zakup, leasing. itd.) na potrzeby realizacji projektu, ale przede wszystkim koszty amortyzacji wykorzystywanego własnego wyposażenia.

Cross-financing to zasada elastyczności, polegająca na możliwości komplementarnego, wzajemnego finansowania działań ze środków EFRR i EFS. Może dotyczyć wyłącznie takich kategorii wydatków, bez których realizacja projektu nie byłaby możliwa.

Ze względu na specyfikę Programu dopuszczalne będzie uwzględnienie ww. kategorii kosztów (przy spełnieniu warunków określonych w regulaminie konkursu uwzględniających wymogi z „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”). Wydatki w ramach projektu na zakup środków trwałych o wartości jednostkowej równej i wyższej niż 3 500 zł netto w ramach kosztów bezpośrednich oraz wydatki w ramach cross-financingu nie mogą łącznie przekroczyć 10% wydatków kwalifikowalnych projektu, w tym cross-financing nie może stanowić więcej niż 10% finansowania unijnego w ramach projektu.

Zakłada się, na podstawie dotychczasowych doświadczeń i specyfiki Programu, że wydatki tego rodzaju wyniosą nie więcej niż ok. 2%.

Finansowanie ww. kategorii kosztów będzie dopuszczalne wyłącznie w przypadku wiarygodnego uzasadnienia przez wnioskodawcę występowania na obszarze realizacji projektu barier wśród potencjalnych uczestników w dostępie do świadczeń, którym można przeciwdziałać poprzez sfinansowanie odpowiadających im kosztów. Wyżej wymienione szacunkowe koszty zapewniają potencjalną możliwość założenia przez wnioskodawców poszczególnych kategorii kosztów. Jednak nie w każdym wniosku o dofinansowanie muszą one występować, gdyż wnioskodawcy mogą nie identyfikować barier, do których te koszty się odnoszą.

Powyższe działania będą finansowane w ramach kosztów bezpośrednich.

III. Koszty pośrednie – wynoszą 1.839.000 zł, co stanowi 20,00% środków na Program ogółem.

Stanowią koszty administracyjne związane z obsługą projektu m.in. personelu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, koszty personelu obsługowego, koszty obsługi powierzchni biurowych, działania informacyjno-promocyjne projektu, opłaty za energię i media, koszty usług pocztowych itd. Koszty pośrednie są uwzględniane poprzez stawkę ryczałtową. Stawki dla kosztów pośrednich są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”, Podrozdział 8.4 pkt. 5.

Założenia dotyczące wyliczenia kosztów pośrednich dla Programu:

Na podstawie doświadczeń dotyczących specyfiki Programu oraz wcześniejszych konkursów, w tym budżetów składanych projektów przyjęto, że wartość kosztów bezpośrednich będzie wynosić do 830.000 zł. Zgodnie z ww. Wytycznymi dla projektów do takiej wartości kosztów bezpośrednich, stawka ryczałtowa wynosi 25% kosztów bezpośrednich. Kwota 1.839.000 zł została oszacowana poprzez zsumowanie kategorii kosztów z punktów I, II ($6.074.500 \text{ zł} + 1.283.000 \text{ zł} = 7.357.500 \text{ zł}$) – czyli kategorii traktowanych w myśl ww. Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020” jako koszty bezpośrednie, a następnie wyliczenie 25% w odniesieniu do tej sumy ($25\% \text{ z } 7.357.500 \text{ zł} = 1.839.375 \text{ zł}$) i zaokrąglenie tak wyliczonej kwoty (do 1.839.000 zł).

Koszty ww. działań, za wyjątkiem kosztów pośrednich których stawki są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich, **zostaną oszacowane przez wnioskodawców zamierzających realizować Program i przedstawione na etapie składania wniosków o dofinansowanie. Będą uzależnione od planowanej liczby osób objętych wsparciem, cen rynkowych, specyfiki grupy docelowej i terenu, na którym realizowany będzie projekt oraz planowanych form wsparcia. Doświadczenia przeprowadzonych dotychczas konkursów wskazują na możliwe zróżnicowanie w podejściu wnioskodawców. W związku z powyższym przedstawione kwoty są kwotami orientacyjnymi.**

Koszty całkowite

Program realizowany będzie w latach 2019-2022.

Alokacja przewidziana na realizację Programu wynosi 9.196.500 zł (w tym dofinansowanie UE: 7.817.025 zł). Koszty świadczeń zdrowotnych objętych ścieżką Programu wynoszą: 6.074.500 zł, inne koszty związane z działaniami merytorycznymi (koszty zakupu narzędzi diagnostycznych niezbędnych do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników, koszty wynajmu pomieszczeń, refundacja dojazdów, opieki, wydatki dotyczące środków trwałych i cross-financingu) 1.283.000 zł, a koszty pośrednie 1.839.000 zł.

Źródła finansowania

Wdrażanie Programu będzie finansowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Poddziałania X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej. Program będzie współfinansowany ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Zgodnie z założeniami RPO montaż finansowy projektów to maksymalnie 85% środków z Europejskiego Funduszu Społecznego, maksymalnie 6% środków pochodzących z budżetu państwa, minimalnie 9% stanowi wkład własny beneficjenta (w tym możliwy wkład partnerów) – w formie finansowej lub rzeczowej.

Dopuszczalna jest realizacja projektów dotyczących niniejszego Programu w partnerstwie (w rozumieniu ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020) przez podmioty wnoszące do projektu zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne lub finansowe. Z partnerstwa powinna wynikać wartość dodana. Szczegółowe warunki w zakresie partnerstwa zostaną określone w Regulaminie konkursu.

Bibliografia

1. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, Gerber A, Dekker J. Rabung Rusalovska S, Crowe E (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 7.
2. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, Bültmann U, Verbeek JH (2012) Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD006389.
3. Bryła M. (2012). Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach psychosomatycznych. *Prewencja i Rehabilitacja nr 4 (30)*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa.
4. Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas E., Paikousis L. A Randomized Controlled Trial for the Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation and Guided Imagery as Anxiety Reducing Interventions in Breast and Prostate Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:270876.
5. Chu I.H., Lin Y.J., Wu W.L., Chang Y.K., Lin I.M. (2015). Effects of Yoga on Heart Rate Variability and Mood in Women: A Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med*. 2015 Dec;21(12):789-95.
6. Cybula-Fujiwara, A., Merecz-Kot, D., Walusiak-Skorupa, J., Marcinkiewicz, A., Wiszniewska M. (2015) Pracownik z chorobą psychiczną – możliwości i bariery w pracy zawodowej. *Medycyna Pracy* 2015;66(1): 57–69.
7. Cyranka, K., Rutkowski, K., Mielimąka, M., Sobański, J. A., Smiatek-Mazgaj, B., Klasa, K., Dembińska, E., Müldner-Nieckowski, Ł., Rodziński, P. (2016). Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2. *Psychiatr. Pol*. 2016; 50(1): 105–126.
8. Czapiński, J. (2015). Indywidualna jakość i styl życia. *Diagnoza Społeczna* 2015, Warunki i Jakość Życia Polaków - Raport. *Contemporary Economics*, 9/4, 200-331. DOI:10.5709/ce.1897-9254.190.
9. *Diagnoza do Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020*, Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego.
10. European Agency for Safety and Health at Work (2011), *Mental Health Promotion in the Workplace. A Good Practice Report*, Luxembourg.
11. European Agency for Safety and Health at Work (2014), *Psychosocial Risks in Europe. Prevalence and Strategies for Prevention*, Luxembourg.
12. Florkowski, A. (red.) (2012). *Fizjoterapia w psychiatrii*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
13. Freyberger, H.J., Schneider W., Stieglitz R.D. (red.) (2015). *Kompedium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
14. Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych; dostęp dnia 1.02.2018 r.
15. *Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Łódzkiego 2015*, Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi 2016, dostęp dnia 30.01.2018 r.
http://www.pomoc.lodzkie.eu/data/other/informator_statystyczny_2015.pdf
16. Hassard, J., Cox, T. (2015), *Work-related stress: Nature and Management*.
dostęp dnia 30.07.2018, https://oshwiki.eu/wiki/Workrelated_stress:_Nature_and_management

17. Hassard, J., Cox, T. (2016), Mental Health at Work, dostęp dnia 30.07.2018, https://oshwiki.eu/wiki/Mental_health_at_work.
18. Henderson, M. I in. (2011), Work and Common Psychiatric Disorders. Journal of the Royal Society of Medicine. May 2011: 198-207.
19. Hupke, M. (2013) Psychosocial Risks and Workers Health, dostęp dnia 30.07.2018 https://oshwiki.eu/wiki/Psychosocial_risks_and_workers_health
20. Jethon, Z., Grzybowski, A. (red.) (2000). Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
Juczyński, Z. (2001). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
21. Kapogiannis A., Tsoli S., Chrousos G. (2017). Investigating the Effects of the Progressive Muscle Relaxation-Guided Imagery Combination on Patients With Cancer Receiving Chemotherapy Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Explore (NY) 2017 Dec 21.
22. Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. (2015), Warszawa. Kwolek (red.) (2012). Rehabilitacja medyczna. Wydawnictwo Edra Urban&Partner, Wrocław.
23. Lagerveld, S., Houtman, I. (2018), Return to Work after Sick Leave due to Mental Health Problems, dostęp dnia 30.07.2018, https://oshwiki.eu/wiki/Return_to_Work_after_sick_leave_due_to_mental_health_problems
24. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa łódzkiego dostęp dnia 30.01.2018 r.
25. Merecz D., Potocka, A., Wężyk, A., Waszkowska, M. (2012). Mini Przewodnik po psychospołecznych zagrożeniach zawodowych. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź.
26. Merecz-Kot, D., Waszkowska, M., Mościcka-Teske, A., Potocka, A., Drabek, M., Wężyk, A. Kompleksowy Program Profilaktyczny w zakresie psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy. Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych. Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi. www.programyzdrowotne.pl.
27. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (1994), Rewizja dziesiąta, Tom 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Kraków.
28. Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, López-Montoyo A, Zabaleta-Del-Olmo E, Cuijpers P. Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis. Psychol Med. 2017 Oct 17:1-12.
29. Nutt, D. J. (2011). The full cost and burden of the brain in Europe exposed for the first time. European Neuropsychopharmacology 2011;21, 715-717.
30. OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Paris.
31. Olsen I. B., Øverland S., Reme S. E., Lørvik C. (2015). Exploring Work-Related Causal Attributions of Common Mental Disorders. J Occup Rehabil (2015) 25:493–505.
32. Rössler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. Forum: Psychiatric Rehabilitation Today.
33. Standardy Orzecznictwa Lekarskiego ZUS (2013). Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa.

34. Stier-Jarmer, M., Frisch, D., Oberhauser, C., Berberich, G., Schuh, A. (2016). The Effectiveness of a Stress Reduction and Burnout Prevention Program. A Randomized Controlled Trial of an Outpatient Intervention in a Health Resort Setting. *Deutsches Ärzteblatt International*; 113: 781–8.
35. Schwarzkopf, K., Conrad, N., Straus, D., Porschke, H., von Känel (2016). Einmal Burnout ist nicht immer Burnout: Eine stationäre multimodale Psychotherapie ist eine effective Burnout-Behandlung. *Praxis*:105 (6):315-321.
36. Stonerock G.L., Hoffman B.M., Smith P.J., Blumenthal J.A. (2015). Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. *Annals of behavioral medicine – a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2015 Aug;49(4): 542-56.
37. Van Dessel N., den Boeft M., van der Wouden J.C., Kleinstäuber M, Leone S.S., Terluin B., Numans M.E., van der Horst H.E., van Marwijk H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Review*, Issue 11.
38. Wężyk A., Merecz, D., 2013, Prezentyzm – (nie)nowe zjawisko w środowisku pracy. *Medycyna pracy*, 2013, 64: 847-861.
39. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 (2018) Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa
40. Zespół Redakcyjny Urzędu Statystycznego w Łodzi Ludność, *Ruch naturalny i migracje w województwie łódzkim w 2016 r. Urząd statystyczny w Łodzi 2017* <http://lodz.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/ludnosc-ruch-naturalny-i-migracje-w-wojewodztwie-lodzkiem-w-2016-r-,5,5.html>.
41. ZUS, 2014, Stres w pracy oraz jego wpływ na występowanie wypadków przy pracy i stan zdrowia osób pracujących, Warszawa.
42. National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. Clinical guideline [CG159]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>, dostęp z 17.10.2018 r.
43. National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Surveillance report 2017 – Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (2013) NICE guideline CG159. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/resources/surveillance-report-2017-social-anxiety-disorder-recognition-assessment-and-treatment-2013-nice-guideline-cg159-4484818333/chapter/Surveillance-decision?tab=evidence>, dostęp z 18.10.2018 r.
44. National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Common mental health problems: identification and pathways to care. Clinical guideline [CG123]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>, dostęp z 17.10.2018.
45. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). 2018 surveillance of common mental health problems: identification and pathways to care (NICE guideline CG123). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/2018-surveillance-of-common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-nice-guideline-cg123-6535393597/chapter/Surveillance-decision?tab=evidence>, dostęp z 17.10.2018 r.

46. National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Clinical guideline [CG113].
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/1-Guidance>, dostęp z 17.10.2018.
47. National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Centre for Clinical Practice – Surveillance Programme. Recommendation for Guidance Executive.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/surveillance-review-decision-july-2015-2482902685>,
dostęp z 17.10.2018.
48. National Institute for Health and Care Excellence. (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. Clinical guideline [CG31]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>, dostęp z: 18.10.2018.
49. National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Centre for Clinical Practice. Static list - candidate guidelines post consultation. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/review-decision-february-2014-pdf-546203053>, dostęp z 18.10.2018.
50. National Institute for Health and Care Excellence. (2005). Post-traumatic stress disorder: management. Clinical guideline [CG26]. <https://www.nice.org.uk/Guidance/cg26>, dostęp z 18.10.2018.
51. National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Centre for Clinical Practice – Surveillance Programme. Recommendation for Guidance Executive.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/evidence/surveillance-review-decision-2015-pdf-546162877>,
dostęp z 18.10.2018.

Spis załączników Programu:

- A - Karta pacjenta
- B – Przykładowa ankieta do modyfikacji i/lub rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program
- C – Minimalny wzór oświadczenia uczestnika Programu dotyczącego niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

1. Kwalifikacja do Programu:

✓ PSS-10

✓ GSES

✓ GHQ

Pacjent kwalifikuje się do udziału w Programie⁸:

TAK

NIE

2. Zrealizowane zajęcia grupowe (w rubrykę proszę wpisać liczbę):

Trening:	max liczba zajęć	Moduł warsztatowy
rozwijania umiejętności psychospołecznych	2	
radzenia sobie ze stresem	2	
relaksacyjny	3	
rozwijania umiejętności emocjonalnych	2	
zarządzania sobą w czasie	1	

3. Konsultacje indywidualne(max. 4):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⁸ Kryterium kwalifikacji jest wynik testu PSS-10 mieszczący się w zakresie 5 stenów i więcej.

NIE

.....

.....

.....

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

podpis os. uprawnionej do uzupełniania karty pacjenta

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

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat **Programu**, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

kobieta

☐

mężczyzna

☐

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

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

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

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

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

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

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

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

5. Czy po przeprowadzonych zajęciach Pani/Pana wiedza (w porównaniu do wiedzy przed zajęciami) jest:

zdecydowanie wyższa
raczej wyższa
taka sama
raczej niższa
zdecydowanie niższa

6. Czy korzystał/-a Pani/Pan z zajęć aktywności fizycznej w ramach Programu?

tak

☐

nie

☐

7. Jeśli tak, czy Pani/Pana motywacja do podjęcia i utrzymania regularnej aktywności fizycznej po udziale w Programie jest (w porównaniu do motywacji przed Programem):

zdecydowanie wyższa

raczej wyższa

taka sama

raczej niższa

zdecydowanie niższa

Miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu:

Załącznik C

Minimalny zakres oświadczenia uczestnika Programu dotyczącego niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych

Oświadczenie uczestnika Programu

Oświadczam, że przystępując do uczestnictwa w projekcie pn.

.....
(dalej: projekcie), służącym realizacji „Programu edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego”:

- nie korzystałam/-em w ciągu ostatnich 12 miesięcy z rehabilitacji leczniczej w schorzeniach psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ani ze świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej finansowanej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.
- W trakcie uczestnictwa w projekcie nie będę korzystać ze świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej finansowanej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w wyniku rozpoznania tej samej choroby (tych samych chorób) co w projekcie.

.....
miejscowość, data

.....
podpis uczestnika Programu