

**UCHWAŁA NR XXXI/53/21
RADY MIEJSKIEJ W ŻARACH**

z dnia 27 sierpnia 2021 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1372) oraz art. 48 ust. 1 i art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się na lata 2021-2022 program polityki zdrowotnej p.n. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych” stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Celem programu jest zwiększenie liczby wykrywanych przypadków zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży mieszkających w mieście Żary.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady

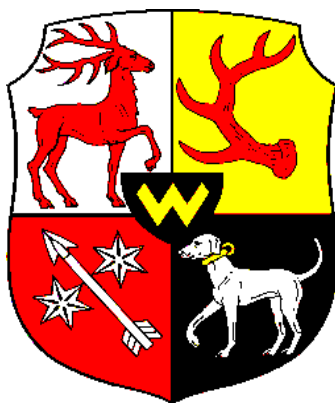
Marian Popławski

Załącznik do uchwały Nr XXXI/53/21
Rady Miejskiej w Żarach
z dnia 27 sierpnia 2021 r.

Gmina Żary o statusie miejskim

PL. Rynek 1-5

68-200 Żary



PROGRAM PROFILAKTYKI ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH DLA DZIECI I MŁODZIEŻY ZE SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

okres realizacji programu:

2021 - 2022

art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (t. j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285)

Żary, lipiec 2021 r.

Spis treści:

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	5
I.1 Opis problemu zdrowotnego	5
I.2 Dane epidemiologiczne	10
I.3 Opis obecnego postępowania	20
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	25
II. 1. Cel główny	25
II.2. Cele szczegółowe	25
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	25
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	26
III.1. Populacja docelowa	26
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	27
III.3. Planowane interwencje	28
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej ..	28
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	30
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	31
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	31
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	38
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	39
V.1. Monitorowanie	39
V.2. Ewaluacja	40

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	41
VI.1. Koszty jednostkowe	41
VI.2. Koszty całkowite programu.....	46
VI.3. Źródła finansowania	47
VII. Bibliografia	48-49
VIII. Spis tabel:	
Tabela nr 1: Liczba leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w województwie lubuskim	16
Tabela nr 2: Liczba miejsc w oddziałach szpitalnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami	17
Tabela nr 3: Dzieci i młodzież z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) leczone w psychiatrycznej opiece szpitalnej i pozaszpitalnej w latach 2011-2014	18
Tabela nr 4: Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w stosunku do zalecań NPOZP w latach 2010-2012	19
Tabela nr 5: Wykaz poradni dla dzieci i młodzieży świadczących opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień na terenie miasta Żary	19
Tabela nr 6: Liczba zatrudnionych psychologów i pedagogów w poszczególnych szkołach podstawowych	23
Tabela nr 7: Koszt działań z zakresu terapii	41
Tabela nr 8: Koszt interwencji w I roku realizacji Programu.....	43
Tabela nr 9: Koszt interwencji w II roku realizacji Programu.....	43
Tabela nr 10: Koszt telefonu zaufania w I roku realizacji Programu.....	43
Tabela nr 11: Koszt telefonu zaufania w II roku realizacji Programu.....	44
Tabela nr 12: Koszt działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych w I i II roku realizacji Programu	44
Tabela nr 13: Koszt działań edukacyjnych dla dzieci/młodzieży w I i II roku realizacji Programu.....	45
Tabela nr 14: Koszt akcji szkoleniowej w I i II roku realizacji Programu	45

Tabela nr 15: Koszt działań informacyjnych w I i II roku realizacji Programu	45
Tabela nr 16: Planowane koszty całkowite Programu.....	46

IX. Spis wykresów:

Wykres nr 1: Struktura zapadalności rejestrowanej zaburzeń psychicznych wśród populacji pediatrycznej w województwie lubuskim	11
Wykres nr 2: Standaryzowany wskaźnik umieralności z powodu zaburzeń psychicznych ogółem w poszczególnych powiatach województwa lubuskiego.....	12
Wykres nr 3: Standaryzowany wskaźnik umieralności z powodu zaburzeń psychicznych w podziale na płeć w poszczególnych powiatach województwa lubuskiego.....	13
Wykres nr 4: Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych w poszczególnych powiatach województwa lubuskiego	14
Wykres nr 5: Współczynniki rzeczywiste umieralności z powodu zaburzeń psychicznych w poszczególnych powiatach województwa lubuskiego.....	15

X. Spis załączników

Załącznik nr 1: Ankieta satysfakcji uczestników działań diagnostycznych i terapeutycznych	50-51
Załącznik nr 2: Zgoda na udział w programie	52
Załącznik nr 3: Ankieta satysfakcji uczestników działań edukacyjnych i szkoleniowych	53-55
Załącznik nr 4: Formularz sprawozdania końcowego.....	56-58
Załącznik nr 5: Tematyka materiałów informacyjno-edukacyjnych	59
Załącznik nr 6: Wymogi do scenariusza konferencji, spotkania i szkolenia	60

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej w Gminie Żary o statusie miejskim

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Zdrowie psychiczne stanowi najczęstszą przyczynę niepełnosprawności w populacji globalnej, krajowej i na w obszarze województwa lubuskiego. Wśród chorób o największym znaczeniu epidemiologicznym w Europie, które przynoszą największe straty społeczne i ekonomiczne, wymieniane są schorzenia układu sercowo-naczyniowego, nowotwory oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Obecnie zaburzenia psychiczne klasują się na trzecim miejscu, ale prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 10-20 lat, z uwagi na rosnącą liczbę nowych chorych, pierwszą przyczyną zgonów staną się nowotwory, a choroby psychiczne i zaburzenia zachowania staną się drugim problemem zdrowotnym Europy.¹

Coraz więcej badań populacyjnych dotyczących kondycji zdrowia psychicznego w Europie dowodzi, że gwałtownie rośnie liczba osób cierpiących z powodu problemów psychicznych związanych z tempem życia, stresem, problemami emocjonalnymi czy finansowymi. Zwiększa się liczba osób, które źle oceniają swoją kondycję i odporność psychiczną. Według badania kondycji psychicznej Polaków „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska” potencjalnymi pacjentami systemu opieki psychiatrycznej w Polsce może być łącznie nawet 6-7,5 mln osób, a nie jak obecnie ok. 1,6 mln rocznie. Szacuje się, że około 25% Polaków w wieku produkcyjnym cierpi na zaburzenia psychiczne, z czego 75% osób cierpiących z tego powodu nie otrzymuje żadnej profesjonalnej pomocy. Dane badań wskazują, że z epizodami depresyjnymi, nasiloną depresją oraz dystymią (krótkotrwałe zaburzenia nastroju o charakterze dysforyczno-depresyjnym i lękowo-depresyjnym) zmaga się około 1,5 mln osób. Na schizofrenię choruje między 300 a 400 tys. osób, z czego tylko 190 000 jest leczonych w ramach środków NFZ. Ponadto wyniki badań przeprowadzone na grupie 10 081 mieszkańców Polski w wieku 18-64 lata, wykazały częstość występowania zaburzeń lękowych uogólnionych w ciągu życia na poziomie 1,1 % badanej populacji.²

Zaburzenia psychiczne powstają już w okresie rozwoju człowieka, a pierwsze ich objawy ujawniają się średnio około 15 r.ż. W Polsce na ok. 9 mln dzieci i młodzieży w wieku

do 18 lat aż 9 % wymaga opieki i pomocy psychiatryczno-psychologicznej. Do 20% dzieci ma dolegliwości, które spełniają kryteria zaburzenia psychicznego. Psychiatrzy coraz częściej mówią wręcz o epidemii zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, co dotyczy zwłaszcza zaburzeń depresyjnych oraz autoagresji, które mogą poważnie zagrażać ich zdrowiu i życiu (do zachowań autoagresywnych zalicza się min. samookaleczenia i próby samobójcze).

Psychiatrzy u dzieci i młodzieży wyróżniają cztery główne obszary zaburzeń psychicznych:

- zachowania niedostosowane społecznie, niszczyielskie, agresywne, tzw. zaburzenia eksternalizacyjne,
- zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, tzw. zaburzenia internalizacyjne,
- problemy i zaburzenia psychiczne związane z chorobą somatyczną i/lub niepełnosprawnością,
- całościowe zaburzenia rozwoju (np. spektrum zaburzeń autystycznych).

Większość zaburzeń psychicznych u dzieci objawia się łącznym występowaniem objawów z czterech podstawowych obszarów: zaburzeń emocjonalnych, zmian w zachowaniu, opóźnień w rozwoju, trudności w relacjach społecznych.³

Zaburzenia depresyjne, które są jednym z najczęściej rozpoznawanych zaburzeń psychicznych, nierzadko pojawiają się już w bardzo młodym wieku. Nie leczone powodują rozwój chorób somatycznych tj. cukrzyca typu 2, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby układu oddechowego, układu kostno-stawowego czy neurologiczne.⁴

Zaburzenia depresyjne stanowią czynnik wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa. Każdego roku z powodu samobójstw Polska traci liczbę obywateli porównywalną do liczby mieszkańców małego miasta, w tym liczba dzieci w wieku do 14 lat odpowiada średnio jednej klasie szkolnej, a młodzieży między 15 a 18 rokiem życia jednemu gimnazjum. Wskaźnik samobójstw w Polsce rośnie od początku lat 90 XX wieku. W 1991 statystyki policyjne zarejestrowały 4 159 samobójstw, z czego 3 388 samobójstw dokonanych przez mężczyzn i 771 przez kobiety. Od tamtej pory rośnie procentowy udział mężczyzn, a spada kobiet, odpowiednio z 81% do 85% oraz z 19% do 15%.⁵ Depresje stwierdza się u 2% dzieci (dotyka ona równie często dziewczynki i chłopców) oraz nawet u 8% nastolatków (częściej chorują dziewczęta).⁶

Objawy depresyjne u dzieci i młodzieży przypominają objawy występujące u dorosłych jednak ich manifestacja zależy od etapu rozwoju dziecka. Im dziecko młodsze

tym trudniej jest mu określić swój stan emocjonalny. Kilkulatki zgłaszają często niecharakterystyczne objawy, które mogą wynikać z dolegliwości cielesnych lub cierpienia psychicznego. W tej grupie wiekowej duże większe znaczenie ma obserwacja zachowań i funkcjonowania dziecka.

Objawami depresji u dzieci i młodzieży są m.in.:

- smutek, przygnębienie, płaczliwość, drażliwość, łatwe wpadanie w złość lub rozpacz, wrogość wobec otoczenia, zachowanie w sposób odpychający, zniechęcający do nawiązywania kontaktu;
- zubożenie, apatia, zmniejszenie lub utrata zdolności do przeżywania radości;
- poczucie znudzenia, zniechęcenia, ograniczenie lub zaprzestanie aktywności, niechęć do podejmowania codziennych obowiązków lub ich zaniechanie;
- wycofanie się z życia towarzyskiego, ograniczenie kontaktu z rówieśnikami;
- nadmierna reakcja na uwagi i krytykę;
- depresyjne myślenie, niska samoocena;
- poczucie bycia bezużytecznym, niepotrzebnym, nadmierne obwinianie się;
- w ciężkich przypadkach depresji mogą wystąpić objawy psychotyczne, omamy i/lub urojenia;
- uczucie niepokoju, napięcia wewnętrznego, lęk, często nieustający;
- podejmowanie impulsywnych, nieprzemyślanych działań;
- działania autoagresywne, np. samookaleczanie, rozmyślne zadawanie sobie bólu, zażywanie w nadmiarze leków;
- myśli rezygnacyjne, fantazje na temat śmierci;
- myśli samobójcze, a w skrajnych przypadkach – próby samobójcze.⁶

Leczenie depresji u dzieci i młodzieży wymaga zaangażowania rodziców/opiekunów, a czasem także nauczycieli i innych osób, które biorą udział w opiece nad dzieckiem. Podstawowymi metodami leczenia są oddziaływania niefarmakologiczne: psychoedukacja i psychoterapia, a w niektórych przypadkach wskazane lub wręcz konieczne jest włączenie leków.

Niefarmakologiczne metody leczenia obejmują:

- **psychoedukację** – zapewnieniu dziecku i jego opiekunom informacji na temat objawów, przyczyn i metod leczenia depresji oraz sposobów postępowania w konkretnych sytuacjach;
- **psychoterapię** – która może odbywać się w postaci terapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej. Psychoterapia u danego dziecka nie powinna obejmować tylko jednej z w/w postaci terapii, korzystne jest ich łączenie. Szczególnie znaczenie ma terapia rodzinna, zwłaszcza w przypadku młodszych dzieci. Skuteczne oddziaływania terapeutyczne bez zaangażowania rodziców/opiekunów są praktycznie niemożliwe. Psychoterapia grupowa jest wskazana szczególnie dla dzieci i nastolatków, którzy doświadczają trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej i mają tendencje do wycofania się z relacji koleżeńskich.

W ramach skryningu umożliwiającego wykrycie zaburzeń depresyjnych wykorzystuje się, w zależności od wieku pacjenta:

- dla młodzieży: kwestionariusz zdrowia pacjenta PHQ-9, skala depresji Becka, skala depresji CES-D;
- dla dzieci młodszych: kwestionariusz MFQ – Mood Feeling Questionnaire (dla dzieci w wieku 8 lat i starszych), kwestionariusz CDI 2 – Children Depression Inventory 2 (dla dzieci w wieku 7 lat i starszych).

Ponadto zgodnie z rekomendacjami NICE 2017 specjaliści z dziedziny leczenia depresji u dzieci mają możliwość przeprowadzenia wywiadu przy użyciu narzędzi K-SADS (Kiddie–Sads Interwiew) czy CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment).

Psychoterapia to jedna z głównych metod leczenia depresji. W leczeniu depresji wykorzystuje się m.in.:

- psychoterapię poznawczo-behawioralną;
- psychoterapię interpersonalną.

Terapia behawioralno-poznawcza (CBT) jest zgodnie z wytycznymi NICE zalecaną metodą postępowania terapeutycznego w zaburzeniach zdrowia psychicznego m.in. przy zaburzeniach depresyjnych. Powinna być ona zaplanowana i dostosowana indywidualnie do potrzeb danego uczestnika z uwzględnieniem nasilenia zaburzeń. Ta forma terapii ma skłonić pacjenta do refleksji na temat jego sposobu myślenia i zachowań, pomóc mu się skupić na chwili bieżącej i uczyć się nowych sposobów

działania i reagowania. Jednym z elementów psychoterapii poznawczo-behawioralnej są też zadania domowe. Proces terapeutyczny zachęca do wykonywania codziennych czynności, które do tej pory sprawiały trudność. Powrót do tych zajęć jest stopniowy, a podczas rozmów z psychoterapeutą pacjent ma szansę rozpoznać przeszkody, które uniemożliwiały realizowanie konkretnych zadań. Rozpoznanie blokady to pierwszy krok, a dalsza praca polega na zmianie schematów myślowych, które są źródłem negatywnych emocji. Osoba z depresją musi nauczyć się uświadamiać sobie, że pojawiające się automatycznie negatywne myśli powinna najpierw przeanalizować i zastanowić się, czy nie są nadinterpretacją i czy mają potwierdzenie w faktach. Celem tej terapii jest przewartościowanie przekonań (np. dotyczących własnych wartości), zdobycia umiejętności radzenia sobie z objawami depresji i ich złagodzenia. **Terapia interpersonalna** jest szczególnie skuteczna w kontekście rezultatów długoterminowych. Metody wykorzystywane w terapii skupiają się przede wszystkim na objawach typowych dla początkowej fazy depresji, a więc smutku i problemach w relacjach z innymi ludźmi. Często przedmiotem spotkań z psychoterapeutą są konkretne trudności interpersonalne, a więc konflikty z bliskimi, nieodnajdywanie się w danej roli społecznej, problemy w pracy/szkole czy trudności z aktywnością społeczną. Terapia ta ma ułatwić osobom z objawami depresji radzenie sobie z konkretnymi problemami lub wyszukiwanie sposobów lepszego komunikowania się z ludźmi. Wyznaczanie granic i lepsza komunikacja pozwalają na zrównoważenie stanu psychicznego i złagodzenie objawów depresji. Wybór odpowiedniej formy terapii dla osób w depresji zależy od stanu pacjenta i wskazań medycznych. Kluczem jest konsultacja z psychologiem i psychiatrą, ponieważ dopiero właściwe rozpoznanie dolegliwości i jej charakteru pozwala na zdecydowanie o najskuteczniejszej metodzie leczenia depresji.

W leczeniu depresji wykorzystuje się również farmakoterapię, czyli stosowanie leków. Leki wprowadzane są do procesu leczenia jeśli oddziaływania terapeutyczne nie przynoszą zadawalających efektów. Stosowanie leków jest metodą uzupełniającą do psychoterapii, a nie odwrotnie.

Leczenie farmakologiczne jest konieczne w przypadku:

- depresji o bardzo dużym nasileniu objawów, które uniemożliwiają rozpoczęcie oddziaływań terapeutycznych, wówczas leczenie rozpoczyna się od włączenia leków, a gdy stan psychiczny dziecka się poprawi, dołączenie psychoterapii;
- depresji o przebiegu ChAD (choroby afektywnej dwubiegunowej);
- depresji z objawami psychotycznymi.

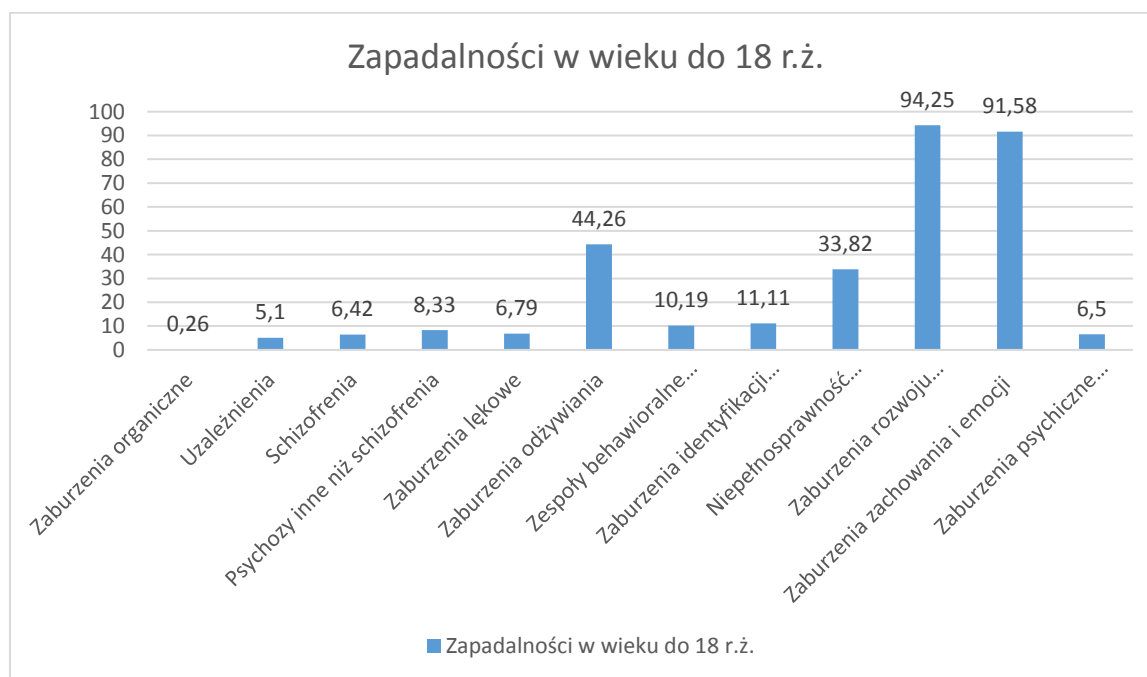
I.2 Dane epidemiologiczne

W odniesieniu do występujących problemów zdrowotnych natury psychicznej w ciągu ostatnich 10 lat o 1/3 zwiększyła się liczba pacjentów objętych szpitalną opieką psychiatryczną, a o połowę liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych. Wśród województw charakteryzujących się najwyższym rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych zaliczamy województwa: łódzkie 29,3%, co po oszacowaniu daje liczbę ponad pół miliona osób, świętokrzyskie 27,8%, czyli około 217 tys. osób oraz województwo lubuskie również 27,8 %, co w tym przypadku daje liczbę 183 tys. osób.⁷ W 2012 r. w województwie lubuskim odnotowano 40 157 osób z zaburzeniami psychicznymi (prawie 2 tys. więcej w stosunku do roku poprzedniego), spośród których aż u 12 587 pacjentów (ponad 30% ogółu) zdiagnozowano zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne. Innym częstymi zaburzeniami były: organiczne zaburzenia psychotyczne (5 499 osób), schizofrenia (4 917 osób) oraz depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (3 720). Najrzadziej występowały: zespoły behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania (380 osób), zaburzenia fizjologiczne i czynniki fizyczne (170), pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego (178) oraz całościowe zaburzenia rozwojowe (149 osób). Zauważa się coraz większą zachorowalność na zaburzenia psychiczne w populacji miejskiej (stanowiącej około 70 % ogółu) w porównaniu do wiejskiej. ⁸ Zdecydowanie ponad połowę – około 62% ogółu populacji z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi stanowią kobiety.⁹

Według „Sytuacji zdrowotnej Polski i jej uwarunkowań 2020” liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem wynosi jeden milion sześćset tysięcy osób. Utrzymują się tendencje polegające na tym, że kobiety leczą się o ponad jedną piątą częściej niż mężczyźni, a w samych poradniach zdrowia psychicznego aż o 50% częściej. Podobnie mieszkańcy miast leczeni są zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi. Najczęstszymi problemami psychiatrycznymi leczonymi w opiece ambulatoryjnej są

niezmiennie zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne oraz zaburzenia nastroju (afektywne). Od roku 2011 do 2018 liczba mieszkańców Polski leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej systematycznie wzrastała. W 2018 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczeniem objęto 263 tys. osób, z czego o 112% mężczyźni byli częściej leczeni niż kobiety (odpowiedni 941,1/100 tys. i 442,4/100 tys.), mieszkańcy miast byli leczeni częściej niż mieszkańcy wsi o 20% (odpowiednio 729/100 tys. i 614,9/100 tys.). Różnica ta była znacznie mniejsza w przypadku leczenia ambulatoryjnego, jednak powiększyła się w ostatnich ośmiu latach blisko dwukrotnie. Zdecydowanie najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu – w 2018 r. 254,3/100 tys. mieszkańców, leczonych po raz pierwszy 109,4/100 tys. mieszkańców. Szczególnie dużo mieszkańców objęto leczeniem w woj. podlaskim, łódzkim i świętokrzyskim.¹⁰

Wykres nr 1: Struktura zapadalności rejestrowanej zaburzeń psychicznych wśród populacji pediatrycznej w województwie lubuskim



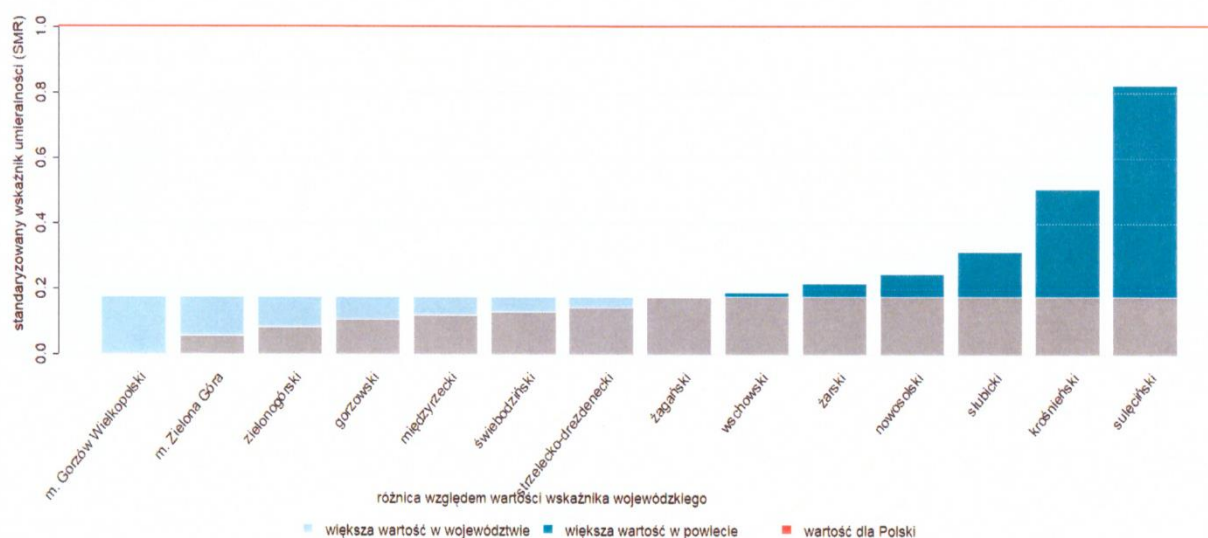
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa lubuskiego – 2018r. , http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mapa_potrzeb_zdrowotnych_zaburzenia_psychiczne_lubuskie.pdf

Powyższy wykres prezentuje zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanych grup w 2016 roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności wśród populacji pediatrycznej w województwie lubuskim. Najwyższą zapadalność wśród osób do 18 r.ż. stanowią zaburzenia rozwoju psychologicznego – 94,25 oraz zaburzenia zachowania i emocji

„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022

rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym - 91,58. Na trzecim miejscu znajdują się zaburzenia odżywiania – 44,26 i na czwartym niepełnosprawność intelektualna – 33,82. Ponadto wśród zaburzeń, które posiadają również wysoki wskaźnik zapadalności można wyróżnić: zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi – 10,19, zaburzenia identyfikacji płciowej i preferencji seksualnych – 11,11 oraz psychozy inne niż schizofrenia – 8,33.

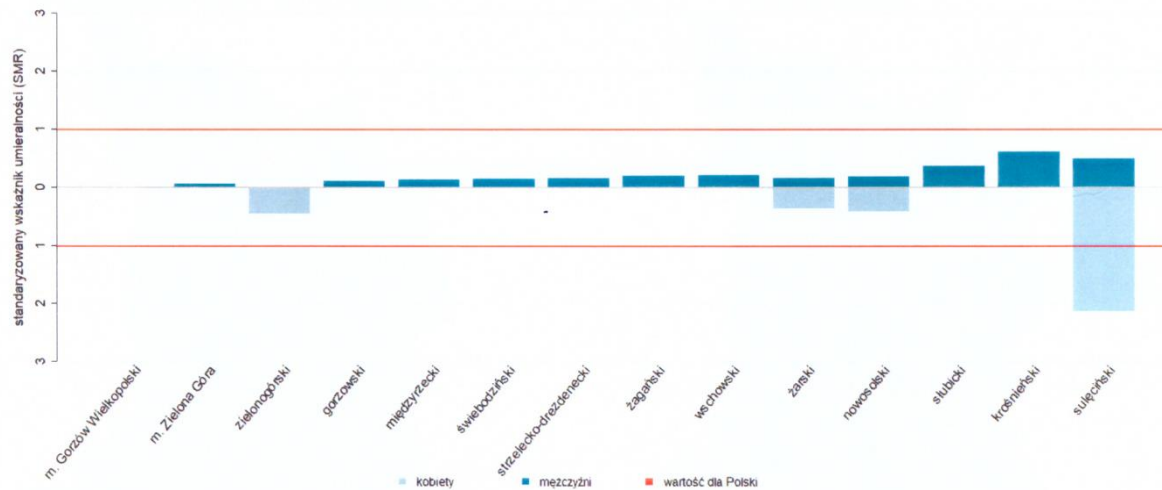
Wykres nr 2: **Standaryzowany wskaźnik umieralności z powodu zaburzeń psychicznych ogółem w poszczególnych powiatach województwa lubuskiego w latach 2013-2015**



Źródło: Opracowanie: Państwowy Zakład Higieny, Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa lubuskiego – 2018r. , http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mapa_potrzeb_zdrowotnych_zaburzenia_psychiczne_lubuskie.pdf

Z powyższego wykresu wynika, iż umieralność w powiecie żarskim z powodu zaburzeń psychicznych w latach 2013-2015 była wyższa niż w województwie, ale niższa od wartości ogólnopolskiej. Wśród powiatów, które posiadają wyższe wartości umieralności są powiat nowosolski, ślubicki, krośnieński i sulęciński.

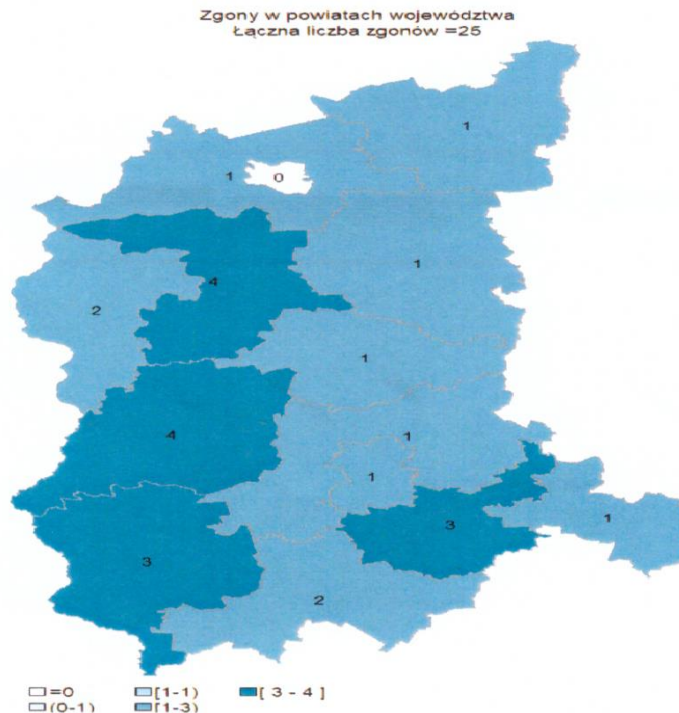
Wykres nr 3: **Standaryzowany wskaźnik umieralności z powodu zaburzeń psychicznych w podziale na płeć w poszczególnych powiatach województwa lubuskiego w latach 2013-2015**



Źródło: Opracowanie: Państwowy Zakład Higieny, Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa lubuskiego – 2018r. , http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/upload/sites/4/2019/06/mapa_potrzeb_zdrowotnych_zaburzenia_psychiczne_lubuskie.pdf

Na powyższym wykresie przedstawiono wskaźniki umieralności z powodu zaburzeń psychicznych w powiatach województwa lubuskiego ze względu na płeć. Wskaźniki te wahały się w powiatach województwa pomiędzy 0 a 0,822. W żadnym z powiatów umieralność z powodu zaburzeń psychicznych nie jest wyższa od ogólnopolskiej. W czterech powiatach zauważamy większą śmiertelność wśród kobiet niż u mężczyzn, podobnie w powiecie żarskim, co odbiega od tendencji wojewódzkich i krajowych, gdzie śmiertelność z powodu zaburzeń psychicznych jest większa wśród mężczyzn niż wśród kobiet.

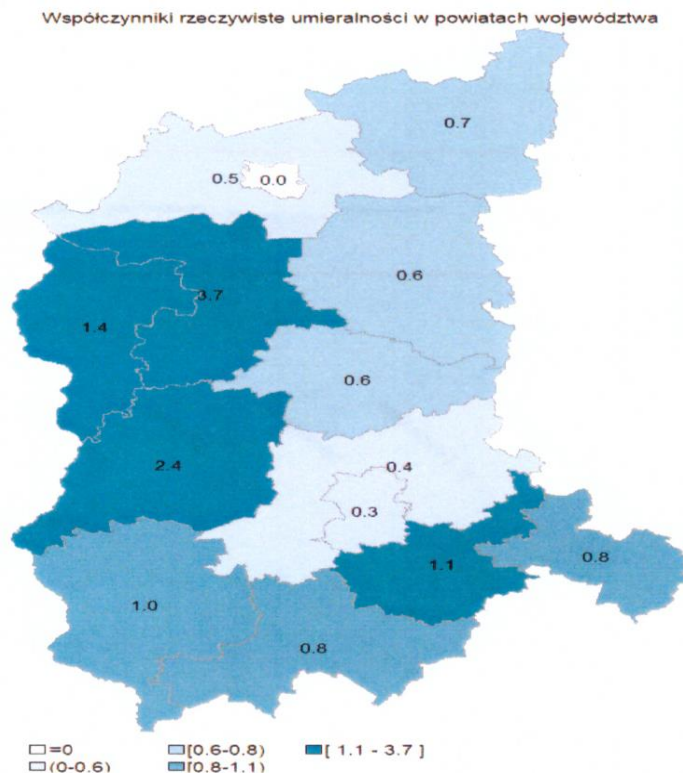
Wykres 4: Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych w poszczególnych powiatach województwa lubuskiego



Źródło: Opracowanie: Państwowy Zakład Higieny, Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa lubuskiego – 2018r. , http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mapa_potrzeb_zdrowotnych_zaburzenia_psychiczne_lubuskie.pdf

W okresie 2013-2015 w województwie lubuskim stwierdzono 25 zgonów z powodu zaburzeń psychicznych, z których 4 przypadki dotyczyły osób w wieku 65 lat i starszych, 80% zmarłych stanowili mężczyźni. Zgony z powodu zaburzeń psychicznych zaobserwowano w 13 powiatach, w tym 3 w powiecie żarskim.

Wykres 5: Współczynniki rzeczywiste umieralności z powodu zaburzeń psychicznych w poszczególnych powiatach województwa lubuskiego



Źródło: Opracowanie: Państwowy Zakład Higieny, Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa lubuskiego – 2018r. , http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mapa_potrzeb_zdrowotnych_zaburzenia_psychiczne_lubuskie.pdf

Według współczynników rzeczywistych umieralności powiat żarski posiada współczynnik umieralności na zaburzenia psychiczne równy 1. Współczynniki o większych wartościach posiadają cztery powiaty: nowosolski – 1,1, ślubicki – 1,4, krośnieński – 2,4, sulęciński – 3,7. Pozostałe powiaty posiadają wartości współczynnika poniżej 1, a m. Gorzów Wlkp. – 0.

„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022

Tabela 1: Liczba leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w województwie lubuskim (bez uzależnień) w latach 2011-2012

Wyszczególnienie	Leczeni w 2011 roku		Leczeni w 2012 roku	
	ogółem	w tym mężczyźni	ogółem	w tym mężczyźni
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi	38 315	15 538	40 157	15 208
w tym: osoby zamieszkałe na wsi	11 207	4 328	12 482	4 648
objęte opieką czynną	11 880	5 036	12 938	5 181
Wyszczególnienie według rozpoznania zasadniczego:				
organiczne zaburzenia niepsychotyczne (F00, F01, F02, F04, F07, F08, F09)	2 923	1 435	3 052	1 458
organiczne zaburzenia psychotyczne (F03, F05, F06)	5 197	2 056	5 499	2 143
schizofrenia (F20)	4 864	2 449	4 917	2 293
inne zaburzenia psychotyczne i urojeniowe /bez afektywnych i schizofrenii/ (F21-F29)	1 960	1 010	1 665	769
epizody afektywne (F30 i F32)	2 665	972	2 898	969
depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (F31 i F33)	3 393	846	3 720	879
inne zaburzenia nastroju (afektywne) (F34-F39)	913	255	763	210
zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40-F48)	11 301	3 874	12 587	4 004
zespoły behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania (F50)	365	118	380	115
inne zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F51 i F59)	131	40	170	50
zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69)	837	407	1 074	493
w tym: patologiczny hazard (F63.0)	20	7	68	61
upośledzenie umysłowe (F70-F79)	2 132	1 121	2 062	1 076
całościowe zaburzenia rozwojowe (F84)	248	171	149	106
pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego (F80-F83, F88, F89)	45	23	178	116
zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90-F98)	705	490	482	295
nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99)	636	271	561	232
Obserwacja stanu psychicznego, rozpoznania nieustalone, bez zaburzeń psychicznych i rozpoznania niepsychiatryczne	263	86	185	58

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, Aktualizacja Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020, Załącznik do Uchwały nr XXVI/373/16 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 19 grudnia 2016 r., s.43

Najwięcej osób w województwie lubuskim leczonych było na zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne: w roku 2011 – 11 301 osób, a w 2012r. liczba

„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022

leczonych na to zaburzenie wzrosła do 12 587 osób. Drugim zaburzeniem pod względem liczby osób leczonych były organiczne zaburzenia psychotyczne: w 2011 roku - 5 197 osób, w 2012 roku wzrost do 5 499 osób. Na trzecim miejscu była schizofrenia: w 2011 roku 4 864 osoby objęto leczeniem, a w 2012 roku liczba ta wzrosła do 4 917 osób. Jak przedstawia powyższa tabela prawie we wszystkich wyszczególnionych zaburzeniach psychicznych liczba osób objętych leczeniem znacznie wzrosła w przeciągu roku. Ponadto pomimo nieznacznej liczby zgonów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, zachorowalność na zaburzenia sfery psychicznej dotyczy prawie 4 % populacji wszystkich Lubuszan. ¹¹

Tabela 2: Wyszczególnienie miejsc w oddziałach szpitalnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami oraz ośrodkach opieki poszpitalnej na terenie województwa lubuskiego

Wyszczególnienie	Łóżka ogółem		Liczba oddziałów	
	2010	2012	2010	2012
O g ó ł e m	1 222	1 323	34	34
Psychiatryczne ogólne	354	392	10	10
Psychiatryczne dla dzieci	40	105	1	3
Psychiatryczne dla młodzieży	45		1	
Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	20		1	
Rehabilitacji psychiatrycznej	20	24	1	1
Leczenie zaburzeń nerwicowych	30	33	1	1
Psychogeriatryczny	30	30	1	1
Psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	81	81	2	1
Psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży	30	37	1	1
Odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu	-	32	-	1
Leczenia uzależnień	15	15	1	1
Detoksykacji (alkoholowy)	55	56	3	3
Terapii uzależnienia od alkoholu	115	126	2	2
Terapii uzależnienia od narkotyków, substancji psychoaktywnych	60	60	1	1
Detoksykacji od środków psychoaktywnych	20	20	1	1
Rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	205	210	2	2
Ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży	30	30	1	1
Oddział dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi	25	25	1	1
Hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	47	47	3	3

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, Aktualizacja Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020, Załącznik do Uchwały nr XXVI/373/16 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 19 grudnia 2016 r., s.46

Liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych ulega zwiększeniu na przestrzeni badanych dwóch lat z 1 222 w roku 2010 do 1 323 w 2012 roku. Nie miało to wpływu na liczbę oddziałów szpitalnych, które utrzymywały się na tym samym poziomie, tj. 34. Znaczne zwiększenie liczby łóżek nastąpiło przede wszystkim wśród psychiatrycznych ogólnych, tj. z 354 do 392, psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży - z 30 do

„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022

37 oraz terapii uzależnienia od alkoholu - z 115 do 126. W 2012 r. został utworzony nowy oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu z liczbą łóżek 32. W przypadku psychiatrii dziecięcej i młodzieży zlikwidowano dwa oddziały psychiatryczny dla młodzieży i psychiatryczny dla dzieci i młodzieży na rzecz psychiatrycznych dla dzieci. Liczba łóżek powstałych na trzech oddziałach psychiatrycznych dla dzieci została utrzymana na tym samym poziomie tj. 105 jak przed zmianą w roku 2011.

Tabela 3: Dzieci i młodzież z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) leczone w psychiatrycznej opiece szpitalnej i pozaszpitalnej w latach 2011-2014

Formy opieki	Rok				Odsetki
	2011	2012	2013	2014	2014/2011
Opieka ambulatoryjna	96 183	104 087	93 917	105 123	109,3%
Oddziały dzienne	2 325	1 835	2 157	2 399	103,2%
Oddziały całodobowe	7 697	7 478	7 184	7 311	95,0%
Oddziały opiekuńcze	67	81	74	73	109,0%

Źródło: Opracowanie Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii na podstawie danych ze statystyki publicznej, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458), Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, s. 12,

W opiece ambulatoryjnej na uwagę zasługuje zmienna liczba leczonych rocznie (najniższa w 2013r.), osiągająca na koniec 2014 r. poziom ponad 105 tys. leczonych, tj. 0,9% więcej niż w 2011r. Obserwuje się również zmiany w liczbie osób leczonych w innych formach: w oddziałach dziennych na koniec 2014r. zanotowano niewielki wzrost liczby leczonych, w oddziałach szpitalnych całodobowych niewielki spadek (5%). W oddziałach opiekuńczych leczeniem objęto w analizowanym okresie od 67 do 80 osób poniżej 18 r.ż. Rozpoznanie schizofrenii w populacji dzieci i młodzieży występuje stosunkowo rzadko i dotyczy w opiece ambulatoryjnej i dziennej od 1 do 1,5 %, w całodobowej – ok. 5% ogółu leczonych.¹²

Tabela 4: Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w stosunku do zaleceń NPOZP w latach 2010-2012

Zalecana ilość poradni/miejsc/zespołów/łóżek dla województwa lubuskiego według wskaźnika minimalnego		Dostępność w województwie lubuskim		
		2010	2011	2012
		bez MON i MSWiA	z MON i MSWiA	z MON i MSW
Poradnia	7 poradni	5	5	5
Oddziały dzienne	102 miejsca	0	0	0
Zespoły środowiskowe	7 zespołów	0	0	0
Oddziały szpitalne	41 łóżek	105	105	105
Hostel	1 hostel	0	0	0
Poradnia pomocy rodzinnej	1 poradnia	0	0	0

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim oraz wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej z NPOZP, Aktualizacja Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020, Załącznik do Uchwały nr XXVI/373/16 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 19 grudnia 2016 r., s.46

W wyszczególnionych rodzajach leczenia dzieci i młodzieży możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych istnieje jedynie na oddziałach szpitalnych w Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży SP ZOZ w Zaborze oraz w specjalistycznych poradniach. Oddział szpitalny jest jedyną jednostką zapewniającą minimalną dostępność do leczenia w przedmiotowym zakresie. Na terenie województwa lubuskiego brak jest możliwości świadczenia usług dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi na oddziałach dziennych, poradniach pomocy rodzinnej, w zespołach środowiskowych oraz hostelach.¹³

W Żarach w ramach umów kontraktowanych z Narodowym Funduszem Zdrowia usługi z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży świadczą dwie poradnie wskazane w tabeli poniżej.

Tabela 5 : Wykaz poradni dla dzieci i młodzieży świadczących opiekę psychiatryczną i leczenia uzależnień na terenie miasta Żary

Rodzaj poradni	Nazwa placówki	Adres
Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży	NZOZ Anima PZPiU Jerzy Szewczuk, Monika Szewczuk-Bogusławska, Marcin Szewczuk Spółka jawna	Żary, ul. Skarbowa 2
Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych	NZOZ Ośrodek Terapeutyczny „Profil”	Żary, ul. Jagiellońska 13-13a

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze¹⁴.

I.3 Opis obecnego postępowania

Świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej są finansowane ze środków publicznych i udzielane przez podmioty, które zawarły umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczenia z tego zakresu. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2019 r. poz. 1285) świadczenia gwarantowane realizowane są w warunkach:

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

Zaplanowane interwencje wraz z warunkami realizacji świadczeń i wskazaniem do ich realizacji zgodnie z ICD-10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) zawarte są w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2019 r. poz. 1285).

W ramach świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży zakres świadczeń w warunkach stacjonarnych obejmuje:

- świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, w których skład wchodzi diagnostyka i leczenie dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia,
- leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży zawierająca diagnostykę i leczenie dzieci i młodzieży z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i zachowania. ¹⁵

*„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022*

W ramach świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży zakres świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (świadczone w formie porad, wizyt domowych lub środowiskowych, sesji psychoterapii, programów) obejmuje:

- poradę lekarską diagnostyczną,
- poradę lekarską terapeutyczną,
- poradę lekarską kontrolną,
- poradę psychologiczną diagnostyczną,
- poradę psychologiczną,
- poradę kompleksowo-konsultacyjną dla osób z autyzmem dziecięcym,
- sesję psychoterapii indywidualnej,
- sesję psychoterapii rodzinnej,
- sesję psychoterapii grupowej,
- sesję wsparcia psychospołecznego,
- wizytę, poradę domową lub środowiskową,
- program terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym.¹⁶

W mieście Żary świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień świadczone są w następujących placówkach:

- 105 Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach - Oddział Psychiatryczny dla dorosłych oraz Poradnia Zdrowia Psychicznego dla dorosłych,
- NZOZ Poradnia Zdrowia Psychicznego „Anima” w Żarach: Poradnia uzależnień i współuzależnieni od alkoholu oraz **Poradnia Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży**,
- NZOZ Ośrodek Terapeutyczny PROFIL w Żarach : Poradnia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz Poradnia Zdrowia psychicznego dla dorosłych.

Świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego w ramach poradni dla dzieci i młodzieży wykonywane są tylko przez jednego świadczeniodawcę, tj. NZOZ Poradnię Zdrowia Psychicznego „Anima” w Żarach, co stanowi niewystarczającą ilość oferowanych świadczeń z uwagi na rosnącą liczbę dzieci i młodzieży wymagających zarówno specjalistycznej porady lekarza psychiatry jak i terapii psychologicznych i podejścia indywidualnego do pacjenta.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Zdrowotnej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1280),

publiczne przedszkola i oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych, publiczne szkoły oraz publiczne placówki, udzielają uczniom uczęszczającym do tych przedszkoli, szkół i placówek, ich rodzicom oraz nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej i organizują tę pomoc na zasadach określonych w powyższym rozporządzeniu. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym.¹⁷

Korzystanie z pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolu, szkole i placówce jest dobrowolne i nieodpłatne i jest organizowane przez dyrektora placówki. Powyższej pomocy udzielają uczniom nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści wykonujący w przedszkolu, szkole i placówce zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności psycholog, pedagog, logoped, doradca zawodowy i terapeuta pedagogiczny.

W szkole pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz poprzez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, a także w formie:

- 1) klas terapeutycznych;
- 2) zajęć rozwijających uzdolnienia;
- 3) zajęć rozwijających umiejętności uczenie się;
- 4) zajęć dydaktyczno-wyrównawczych;
- 5) zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym;
- 6) zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu – w przypadku uczniów szkół podstawowych oraz uczniów szkół ponadpodstawowych;
- 7) zindywidualizowanej ścieżki kształcenia;
- 8) porad i konsultacji;
- 9) warsztatów.¹⁵

W mieście Żary funkcjonuje 6 szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim. Wszystkie szkoły posiadają pedagoga,

jedna szkoła nie posiada psychologa, z uwagi na brak chętnych do objęcia w/w stanowiska.

Tabela 6 : Liczba zatrudnionych psychologów i pedagogów w poszczególnych szkołach podstawowych dla których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim

Nazwa szkoły podstawowej	Liczba zatrudnionych psychologów	Liczba zatrudnionych pedagogów
Szkoła Podstawowa nr 1	1	2
Szkoła Podstawowa nr 2	1	1
Szkoła Podstawowa nr 3	2	1
Szkoła Podstawowa nr 5	1	1
Szkoła Podstawowa nr 8	1	1
Szkoła Podstawowa nr 10	0	1
Razem	6	7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji otrzymanych w dniu 19.02.2021r. z poszczególnych szkół podstawowych

Uczniowie i rodzice, we współpracy ze szkołami, mogą korzystać ze wsparcia, jakie oferują poradnie psychologiczno-pedagogiczne. W Żarach działa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna przy ul. Wrocławskiej 5. Udzielanie pomocy przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne polega m.in. na prowadzeniu terapii dzieci i młodzieży oraz ich rodzin. Placówki te wspierają także rodziców w rozpoznawaniu potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży oraz w rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych.

Dzieci, młodzież, nauczyciele i rodzice mogą również uzyskać wsparcie, dzwoniąc na bezpłatną, całodobową infolinię: 800 080 222. Pod tym numerem dyżurują specjaliści, którzy udzielają pomocy psychologiczno-pedagogicznej.¹⁸

Nauczyciele poradni psychologiczno-pedagogicznych realizują zajęcia w ramach zadań związanych z:

- prowadzeniem badań diagnostycznych dzieci i młodzieży, w tym badań przesiewowych i obserwacji funkcjonowania dzieci i młodzieży w środowisku wychowania i nauczania,

*„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022*

- udzielaniem dzieciom i młodzieży oraz rodzicom bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej,
- prowadzeniem działań z zakresu profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży, w tym działań mających na celu przeciwdziałanie pojawianiu się zachowań ryzykownych, związanych z używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych,
- powadzeniem z uczniami, wychowankami, rodzicami i nauczycielami działań z zakresu edukacji dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży,
- dokonywaniem wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania dzieci i młodzieży objętych kształceniem specjalnym,
- udzielaniem nauczycielom pomocy w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych.

Ponadto nauczyciele poradni psychologiczno-pedagogicznych realizują zajęcia:

- w ramach wczesnego wspomagania dzieci,
- rewalidacyjno-wychowawcze.¹⁹

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych wpisuje się w Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Lubuskiego na lata 2019-2021 poprzez priorytet 17, tj. Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej na podstawie rozpoznanych potrzeb oraz: opracowywanie i realizacja kompleksowych programów polityki zdrowotnej, a także działania: na rzecz promocji zdrowia, podnoszenia kompetencji zdrowotnych społeczeństwa, na rzecz zwiększenia uczestnictwa ludności w badaniach przesiewowych oraz profilaktycznych, zapobiegające zewnętrznym przyczynom zgonów (m.in. samobójstwom).²⁰ Ponadto program realizuje cel operacyjny: Promocja zdrowia psychicznego zawarty w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025.²¹

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Celem programu jest zwiększenie o 2% liczby wykrywanych przypadków zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży mieszkających w mieście Żary w okresie 2 lat realizacji programu.

Zgodnie z danymi epidemiologicznymi dotyczącymi występowania depresji wśród dzieci i młodzieży u 2% populacji może występować depresja tj. u około 40 dzieci w I roku realizacji programu i u około 82 dzieci w II roku realizacji programu przy założeniu 2% wzrostu wykrywalności (w I roku realizacji określono populację na poziomie 2057 dzieci, a w II roku na poziomie 2052 dzieci).

Według danych NFZ w 2018 r. zarejestrowana liczba pacjentów małoletnich psychiatrycznych wyniosła 206 tys., a z pomocy psychiatrycznej skorzystało około 3 % małoletnich, co pozwala stwierdzić, że u takiej wielkości populacji wykryto zaburzenia psychiczne umożliwiające podjęcie leczenia.²²

Ponadto w 2014 r. zaobserwowano zmiany w liczbie osób poniżej 18 r.ż. leczonych w oddziałach szpitalnych całodobowych, gdzie nastąpił spadek o około 5%.²³

Na podstawie powyższych danych wzrost o 2% wykrywalności depresji wśród dzieci i młodzieży na wskazanym poziomie wydaje się możliwy do osiągnięcia.

II.2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie o co najmniej 20% wielkości populacji dzieci i młodzież zamieszkałej na terenie miasta Żary biorących udział w programie pomiędzy latami obowiązywania programu.
2. Zwiększenie o co najmniej 50% liczby osób objętych konsultacjami w ramach telefonu zaufania pomiędzy latami obowiązywania programu.
3. Wzrost świadomości o co najmniej 20% wśród dzieci i młodzieży, rodziców i opiekunów prawnych oraz nauczycieli i pedagogów z miasta Żary w latach programu w zakresie występowania zaburzeń depresyjnych, ich profilaktyki oraz diagnostyki.

II.3. Mierniki efektywności

1. Okresowe wielkości populacji dzieci i młodzieży z miasta Żary biorących udział w programie.
2. Okresowe wielkości populacji dzieci i młodzieży z miasta Żary, u których wykryto wcześniej niezdiagnozowane zaburzenia depresyjne.

3. Okresowe wielkości populacji dzieci i młodzieży objętych konsultacjami w ramach telefonu zaufania.
4. Okresowe wielkości populacji dzieci i młodzieży, rodziców/opiekunów prawnych dzieci z miasta Żary uczestniczących w edukacji zdrowotnej.
5. Poziom świadomości w zakresie występowania zaburzeń depresyjnych, ich profilaktyki oraz diagnostyki zbadany przed i po przeprowadzeniu działań edukacyjnych pomiędzy latami obowiązywania programu (dane na podstawie ankiet).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1 Populacja docelowa

Głównymi odbiorcami programu są dzieci i młodzież w wieku od 11 do 15 lat szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim. Ponadto w ramach akcji edukacyjnej udział w programie wezmą rodzice i opiekunowie prawni dzieci, a w ramach akcji szkoleniowej nauczyciele, psychologowie i pedagodzy ze szkół podstawowych.

Dane stanowiące podstawę do wyliczenia wielkości grupy docelowej działań terapeutycznych zostały uzyskane z Wydziału Spraw Obywatelskich i Zarządzania Kryzysowego, na podstawie których w I roku realizacji określono populację na poziomie 2057 dzieci, a w II roku na poziomie 2052 dzieci. Z tego u 2% z przyjętej populacji (dane epidemiologiczne dotyczące występowania depresji wśród dzieci i młodzieży) może występować depresja, tj. u 40 dzieci w latach realizacji programu. Powyższa liczba dzieci stanowi potencjalną liczebność grupy docelowej do objęcia działaniami terapeutycznymi z powodu zaburzeń depresyjnych. Zgodnie z badaniami naukowymi dot. wzrostu zachorowalności wśród dzieci i młodzieży, 25% z powyższej grupy może chorować na zaburzenia depresyjne, co daje około po 15 dzieci w latach realizacji programu, które będą wymagały objęcia procesem terapeutycznym. Ponadto założono, że w ramach działań edukacyjnych udział w programie weźmie około 2 000 dzieci i młodzieży i tyle samo rodziców i opiekunów prawnych, tj. 2 000 osób. Akcją szkoleniową skierowaną do nauczycieli, pedagogów i psychologów objętych zostanie około 260 osób.

III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Uczestnictwo w programie następuje po spełnieniu następujących kryteriów:

- są mieszkańcami Żar;
- są uczniami szkół podstawowych w wieku od 11 do 15 lat, dla których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim;
- złożą pisemną zgodę (rodzic/opiekun prawny dziecka) na udział w programie;
- są rodzicami lub opiekunami prawnymi dzieci uprawnionych do udziału w programie (w przypadku działań edukacyjnych);
- są nauczycielami, pedagogami i psychologami szkół podstawowych, dla których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim (w przypadku działań szkoleniowych).

Realizator programu powinien dołożyć wszelkich starań, aby informację m. in. o kwalifikacji oraz udziale w konsultacjach specjalistycznych były traktowane z należytą ostrożnością. Działania te mają na celu zmniejszenie ryzyka oraz uniknięcia spotkania się ze stygmatyzowaniem czy odrzuceniem przez grupę rówieśników.

Kryteria wykluczenia z programu polityki zdrowotnej:

Z programu nie będą mogły korzystać osoby, które w trakcie jego trwania będą objętą opieką poradni psychologicznej, poradni psychiatrycznej w zakresie obejmującym działania zaplanowane w programie i uzyskują świadczenia z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunkach dziennych psychiatrycznych.

Liczba uczestników ograniczona jest do ilości wskazanej w programie oraz wysokości posiadanych środków finansowych przeznaczonych w budżecie gminy na realizację przedmiotowego programu.

III.3 Planowane interwencje

Program będzie realizowany przez podmioty wyłonione w drodze konkursu zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).

Program będzie się składał z następujących etapów :

1. akcji informacyjnej;
2. rekrutacji uczestników;
3. akcji edukacyjnej dla dzieci i młodzieży oraz dla rodziców/opiekunów prawnych;
4. akcji szkoleniowej dla nauczycieli, pedagogów i psychologów;
5. telefonu zaufania;
6. kompleksowych działań z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń psychicznych u zakwalifikowanych osób;
7. monitoringu działań w ramach programu.

Działania z zakresu terapii zaburzeń depresyjnych zostaną wykonane u zakwalifikowanych osób na podstawie wskazań wynikających z procesu konsultacyjnego przeprowadzonego przez specjalistę.

Działania z zakresu terapii zaburzeń depresyjnych zostaną wykonane w populacji dzieci w wieku 11 do 15 lat uczniów szkół podstawowych. Wsparciem terapeutycznym zostaną objęte dzieci zakwalifikowane do grup ryzyka poprzez wstępną ocenę stanu psychicznego przy użyciu instrumentów diagnostycznych, tj. m.in.: kwestionariuszy, wywiadu, obserwacji dostosowanych do wieku uczestników programu.

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

W ramach świadczeń gwarantowanych Narodowego Funduszu Zdrowia z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej finansowane są świadczenia w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunkach dziennych psychiatrycznych.

W Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 37/219 z dnia 22 marca 2019 r.²⁴ wśród zalecanych w rehabilitacji psychiatrycznej interwencji wymienia się:

*„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022*

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

Jeżeli osoby z zaburzeniami psychicznymi wymagają wsparcia społecznego, zawodowego lub edukacji, należy rozważyć:

- udzielenie im informacji nt. dostępności grup samopomocy, grup wsparcia i innych form pomocy;
- w przypadku osób z umiarkowanymi lub ciężkimi schorzeniami – świadczenia z zakresu edukacji i wspierania zatrudnienia (NICE 2011, ostatnia aktualizacja 2018r.).

Każdy z uczestników programu będzie mógł nieodpłatnie i bez skierowania, skorzystać z edukacji i konsultacji specjalistycznych zaplanowanych przez realizatora programu. Ponadto po uprzednim badaniu osoby zakwalifikowane będą mogły skorzystać z sesji terapeutycznych.

Udział w programie jest dobrowolny i aby z niego skorzystać należy zgłosić się do placówki medycznej wyłonionej do realizacji programu (realizator programu). Zgłoszenia do udziału w programie będą przyjmowane przez cały okres jego trwania.

Świadczenia udzielane w trakcie programu nie będą wpływały na możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczenia udzielane w ramach programu powinny spełniać następujące kryteria:

- realizatorem programu będzie podmiot leczniczy spełniającym warunki określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.), który prowadzi działalność na terenie miasta Żary na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej;
- rodzaj udzielanych świadczeń będzie odpowiadać rodzajowi działań zaplanowanych w ramach programu (tj. zadania realizowane w ramach poradni specjalistycznych psychologicznych lub/i psychiatrycznych);
- świadczenia w ramach programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- świadczeń udzielała będzie kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje^{25,26};
- dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie podmiotu leczniczego (realizatora programu) zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych²⁷;
- dokumentacja związana z kwalifikacją uczestników będzie przechowywana w siedzibie realizatora z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych²⁸.

Ponadto ze względu na charakter choroby, powinno się dołożyć wszelkich starań, aby informacje m.in. o kwalifikacji oraz u dziale w konsultacjach specjalistycznych, było traktowane z należytą ostrożnością. Ma to na celu zmniejszenia ryzyka oraz uniknięcie stygmatyzacji czy odrzucenia przez grupę rówieśników.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnictwo w programie ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych, zakończenia procesu diagnostyki lub zakończenia programu, w zależności od konkretnej grupy uczestników programu.

Zakończenie udziału w programie możliwe jest na podstawie rezygnacji uczestnika. Odstąpienie od udziału w programie możliwe jest na każdym jego etapie.

Dopuszcza się kierowanie uczestników programu do placówek ambulatoryjnych i całodobowej opieki zdrowotnej w zakresie oddziałów dziennych i stacjonarnych

szpitali oraz poradni psychiatrycznych w przypadku wystąpienia zaostrzeń lub nasilenia choroby.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Działania realizatora programu z podziałem na etapy:

1. akcja informacyjna;
2. rekrutacja uczestników;
3. akcja edukacyjna skierowana do dzieci i młodzieży oraz rodziców/opiekunów prawnych;
4. akcja szkoleniowa skierowana do nauczycieli, pedagogów i psychologów;
5. telefon zaufania;
6. działania z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń depresyjnych u zakwalifikowanych osób;
7. monitoring działań w ramach programu.

Akcja informacyjna:

Akcja informacyjna oparta będzie na informacjach prasowych, plakatach i ulotkach informacyjno-edukacyjnych. Tematyka materiałów informacyjnych wykorzystywanych w trakcie realizacji programu powinna obejmować: charakterystykę skuteczności terapii psychologicznych wśród dzieci i młodzieży, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych, przedstawienie możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku występowania zaburzeń depresyjnych m.in. z możliwości rozmowy w ramach telefonu zaufania (załącznik nr 5 do programu).

Rekrutacja do programu:

Weryfikacja osób dopuszczonych do udziału w programie według kryteriów określonych w pkt III.2 programu. Przyjęcie pisemnej zgody od rodzica/opiekuna prawnego uczestnika programu na udział w programie i na wykonanie świadczeń.

Akcja edukacyjno-informacyjna:

- **dla rodziców/opiekunów prawnych**

Akcja edukacyjno-informacyjna będzie prowadzona poprzez ulotki, plakaty, informację w mediach lokalnych oraz **konferencje połączone z konsultacjami**

zorganizowane przez realizatora programu dla rodziców/opiekunów prawnych zgodnie z wymogami określonymi w załączniku nr 6 do programu.

Ponadto akcja informacyjna będzie prowadzona przez nauczycieli, wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych poprzez m.in. lekcje wychowawcze, na których dzieci/młodzież dowiedzą się o możliwości skorzystania w ramach programu z terapii zaburzeń depresyjnych, z telefonu zaufania oraz możliwości uzyskania pomocy u specjalistów. Materiały niezbędne do przekazania powyższych informacji zostaną przygotowane przez realizatora programu.

W trakcie konsultacji poprzez rozmowy z rodzicami/opiekunami nastąpi wstępna kwalifikacja osób, które będą włączane do dalszego etapu programu, tj. diagnozy i terapii.

Tematyka konferencji będzie dotyczyła ochrony zdrowia psychicznego. Konferencje zostaną przeprowadzone w 6 szkołach podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące specyfiki wykrywania zaburzeń zdrowia psychicznego, zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych, stresu w szkole zarówno podczas nauczania stacjonarnego jak i zdalnego, jego następstw zdrowotnych, skuteczności odpowiednio wcześniej podjętego leczenia, konsekwencji zaniedbań diagnostycznych i bagatelizowania objawów chorobowych, a także wskazanie czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych.

W ramach edukacji zostanie także omówiona kwestia profilaktyki związanej z miejscem nauczania oraz przeciwdziałaniem zaburzeniom w życiu prywatnym, tj. samoobserwacja stanu zdrowia, przestrzegania właściwej higieny psychicznej, zapobieganie nadwadze i otyłości, dbałości o odpowiedni poziom aktywności fizycznej, zaprzestanie palenia tytoniu i nadużywania substancji psychoaktywnych.

Uczestnicy działań edukacyjnych w ramach programu winni nabyć umiejętności reagowania w sytuacjach stresowych oraz poznać techniki redukcji stresu i napięcia nerwowego.

Uczestnicy działań edukacyjno-informacyjnych będą poddawani badaniom poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test i post-test) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Opracowanie testów będzie należało do osób przeprowadzających akcję edukacyjną. Za przeprowadzenie konferencji oraz testów będą odpowiedzialne osoby wskazane przez realizatora o kwalifikacjach zgodnych z wymaganiami wymienionymi w pkt IV.2 programu.

Konferencję zostaną przeprowadzone dla wszystkich chętnych rodziców i opiekunów z grupy docelowej. Nie zakłada się ograniczenia liczby uczestników. Konferencje będą się odbywać w raz w roku realizacji programu w każdej szkole podstawowej, dla których organem założycielski jest Gmina Żary o statusie miejskim.

Realizator programu w trakcie działań edukacyjnych wykorzystują własne materiały opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Do programu można włączyć ulotki i broszury tworzone przez towarzystwa naukowe, fundacje działające na rzecz zdrowia psychicznego, itp. W ramach działań edukacyjnych realizator programu przekaze informacje dotyczące objawów, diagnostyki i zakresie możliwego zapobiegania zaburzeniom depresyjnym oraz informacje o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Konsultacje będą odbywać się po konferencjach, na których specjalista będzie miał możliwość po rozmowie ze zgłaszającym się rodzicem/opiekunem przeprowadzenia wstępnej oceny występowania u dziecka zaburzeń depresyjnych. Dalsza diagnoza będzie odbywać się na spotkaniach indywidualnych. Ponadto konsultacje będą również przeprowadzane indywidualnie po zgłoszeniu się uczestnika programu bezpośrednio do siedziby realizatora.

- **dla dzieci i młodzieży**

Akcja edukacyjna dla dzieci i młodzieży będzie miała formę spotkania-warsztatów. W podziale na dwie grupy dzieci z klas V-VI i młodzieży z klas VII-VIII. Techniki i forma przekazu informacji zostanie dostosowana do wieku odbiorców.

Uczestnikom akcji edukacyjnej będą przekazywane podstawowe informację dotyczące specyfiki zaburzeń depresyjnych oraz stresu w szkole zarówno podczas nauczania stacjonarnego jak i zdalnego, jego następstw zdrowotnych, skuteczności odpowiednio wcześniej podjętego leczenia, a także wskazanie czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych.

Ponadto w ramach edukacji należałoby również omówić kwestie profilaktyki zarówno związaną z miejscem nauczania oraz przeciwdziałaniu zaburzeniom w życiu prywatnym, tj. samoobserwacja stanu zdrowia, przestrzegania właściwej higieny psychicznej, zapobieganie nadwadze i otyłości, dbałości o odpowiedni poziom aktywności fizycznej, zaprzestanie palenia tytoniu i nadużywania substancji psychoaktywnych.

Dzieci i młodzież w ramach programu winni nabyć umiejętności reagowania w sytuacjach stresowych oraz poznać techniki redukcji stresu i napięcia nerwowego.

Uczestnicy działań edukacyjno-informacyjnych będą poddawani badaniom poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test i post-test) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Opracowanie testów będzie należało do osób przeprowadzających akcję edukacyjną. Za przeprowadzenie konferencji oraz testu będą odpowiedzialne osoby wskazane przez realizatora o kwalifikacjach zgodnych z wymaganiami wymienionymi w pkt IV.2 programu.

Realizator programu w trakcie działań edukacyjnych wykorzystuje własne materiały opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dopuszcza się włączenie ulotek i broszur wytworzonych przez towarzystwa naukowe, fundacje działające na rzecz zdrowia psychicznego, itp. Działania edukacyjne powinny zawierać informacje dotyczące objawów, diagnostyki i zakresu możliwego zapobiegania zaburzeniom depresyjnym oraz informacje o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Akcja szkoleniowa dla nauczycieli:

Dla nauczycieli, psychologów i pedagogów szkolnych zostaną przeprowadzone działania informacyjno-szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych. Uczestnikom szkoleń będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące specyfiki zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych, stresu w szkole zarówno podczas nauczania stacjonarnego jak i zdalnego występujących wśród dzieci i młodzieży, jego następstw zdrowotnych, skuteczności odpowiednio wcześniej podjętego działań prewencyjnych, konsekwencji zaniedbań diagnostycznych i bagatelizowania objawów chorobowych, a także wskazanie czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych.

W ramach edukacji należałoby również omówić kwestie profilaktyki zarówno związanej z miejscem nauczania oraz przeciwdziałaniu zaburzeniom w życiu prywatnym u dzieci i młodzieży, tj. samoobserwacja stanu zdrowia, przestrzegania właściwej higieny psychicznej, zapobieganie nadwadze i otyłości, dbałości o odpowiedni poziom aktywności fizycznej, zaprzestanie palenia tytoniu i nadużywania substancji psychoaktywnych.

Za przeprowadzenie szkolenia będą odpowiedzialne osoby wskazane przez realizatora o kwalifikacjach zgodnych z wymaganiami wymienionymi w pkt IV.2 programu.

Uczestnicy szkolenia będą poddawani badaniom poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test i post-test) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Opracowanie testów będzie należało do osób przeprowadzających akcję szkoleniową. Planuje się przeprowadzenie jednej akcji szkoleniowej na jedną placówkę oświatową. Forma szkolenia i liczebność grup zostanie opracowana przez realizatora programu. Ponadto nauczyciele, psychologowie i pedagodzy szkolni po konsultacji i za zgodą rodzica/opiekuna dziecka będą mieli możliwość wskazania dziecka do objęcia programem.

Telefon zaufania:

Dzieci i młodzież będzie mogła uzyskać wsparcie i pomoc psychologiczną w ramach telefonu zaufania. Osoby o odpowiednich kwalifikacjach (wg punktu IV.2 programu) będą pełnić dyżur 5 dni w tygodniu przez 3 godziny udzielając pomocy psychologicznej.

Działania z zakresu terapii zaburzeń depresyjnych:

Działania z zakresu terapii zaburzeń depresyjnych zostaną przeprowadzone wśród dzieci i młodzieży w wieku od 11 do 15 lat, uczniów szkół podstawowych z klas V-VIII, dla których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim.

1) kwalifikacja do konsultacji specjalistycznych

Włączenie do tego etapu będzie się odbywało poprzez wstępną konsultację ze specjalistą na konferencjach edukacyjnych, jak i w trakcie zgłoszeń poprzez kadrę pedagogiczną przy współpracy z rodzicami, w trakcie rozmów w ramach telefonu zaufania oraz po zgłoszeniu indywidualnym bezpośrednio do realizatora programu.

2) konsultacja specjalistyczna i ustalenie planu terapii

Specjalista, o kwalifikacjach wymienionych w wymaganiach kadrowych, wykona wstępną ocenę sytuacji klinicznej pacjenta w kierunku wykrycia depresji poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi diagnostycznych, tj. m.in. przy zastosowaniu odpowiednich kwestionariuszy dostosowanych do wieku dzieci i młodzieży (zawartych m.in. w pkt I.1 programu), obserwacji oraz wywiadu z dzieckiem i rodzicem/opiekunem prawnym. Badanie będzie prowadzone przy użyciu jednakowego, wybranego dla z zaproponowanych w programie kwestionariusza dla wszystkich uczestników.

Rozpoznanie i kwalifikacja do dalszych działań terapeutycznych opierać się będzie na ocenie klinicznego prawdopodobieństwa występowania zaburzeń psychicznych, oszacowanych za pomocą klasyfikacji ICD-10 : F-Zaburzenia psychiczne i zaburzenia

zachowania od F00-F99 oraz DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Uczestnicy programu, u których stwierdzono występowanie zaburzeń depresyjnych zostaną włączeni do dalszych etapów uczestnictwa w programie. W procesie diagnostycznym w przypadku konieczności stwierdzonej przez specjalistę, zostanie zebrany wywiad rodzinny. Specjalista określi właściwą metodę leczniczą, w tym objęcie pacjenta psychoterapią. Osoby objęte terapią odbędą wizytę w obecności rodzica/opiekuna a w razie konieczności również na osobności.

Podczas procesu konsultacyjnego zostanie uczestnikowi wskazana terapia indywidualna lub rodzinna. W przypadku konieczności wynikającej z diagnozy zostanie wskazana inna metoda lecznicza stosowana w zaburzeniach depresyjnych do skorzystania poza programem.

W leczeniu zaburzeń depresyjnych wykorzystywane będą różne metody psychoterapeutyczne w zależności od potrzeb pacjenta. W ramach psychoterapii w leczeniu depresji mogą być wykorzystywane: psychoterapia behawioralno-poznawcza, psychoterapia interpersonalna, psychoedukacja oraz inne dostosowane indywidualnie do pacjenta. Rodzaj postępowania terapeutycznego, jego częstość i czas trwania będzie rekomendowane w zależności od nasilenia i rodzaju zaburzenia depresyjnego.

W związku z powyższym terapia winna być zaplanowana i dostosowana do potrzeb konkretnego uczestnika programu uwzględniając rozpoznane zaburzenie depresyjne i jego nasilenie.

- **sesje terapeutyczne**

Przewiduje się, w poszczególnych latach realizacji programu odbycie przez uczestnika do 12 spotkań terapeutycznych zgodnie z wytycznymi specjalisty. Powyższe spotkania mogą przebiegać w poradniach, gabinetach współpracujących z wykonawcą programu, środowisku lokalnym lub innych miejscach, w których przebywa uczestnik, a pozwalają na realizację terapii. W ich trakcie przewiduje się stosowanie między innymi strategii z zakresu interwencji psychospołecznych, a także terapii poznawczo-behawioralnej (radzenie sobie ze stresem, zapewnienie wsparcia społecznego, edukacja, techniki pamięciowe) oraz innych form terapeutycznych mogących zmniejszyć nasilenie zaburzeń depresyjnych. Realizator może również wykorzystać do pracy z beneficjentami różne metody i formy wsparcia, np. zawody sportowe,

warsztaty kulinarne, wycieczki, koncerty, akcje społeczne, zwiększające kompetencje uczestników spotkań.

3) podsumowanie terapii

Po otrzymaniu wsparcia terapeutycznego oraz przeprowadzeniu cyklu spotkań terapeutycznych należy przeprowadzić spotkanie podsumowujące, na którym specjalista dokona podsumowania cyklu terapii oraz udzieli wskazówek do dalszego leczenia lub dalszej pracy w domu.

Według rekomendacji z zakresu rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi konieczne jest wdrażanie skoordynowanych działań z zakresu stacjonarnej opieki psychiatrycznej oraz działań w płaszczyźnie społecznej, przy udziale personelu posiadającego fachową wiedzę.

W związku z tym realizator programu powinny przeprowadzić u uczestnika objętego programem poniższe interwencję składające się na cykl działań terapeutycznych:

- konsultację specjalistyczną: wstępne ustalenie diagnozy i ewentualnego planu terapii;
- w okresie realizacji programu przeprowadzić do 12 spotkań terapeutycznych w zależności od zaleceń specjalisty;
- po zakończeniu sesji terapeutycznych przeprowadzić powtórne spotkanie podsumowujące terapię.

Rekomendacje kliniczne wskazują także na konieczność zastosowania w stosunku do osób o nieprawidłowych wynikach badań przesiewowych - odpowiedniego poradnictwa oraz w przypadku konieczności objęcia takiej osoby dalszą opieką. W przypadku zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań objętych programem, osoby te będą informowane o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych, które mogą być wykonywane w ramach kontraktu NFZ.

Monitoring działań w ramach programu:

W ramach monitoringu będą podejmowane działania dotyczące weryfikacji zgłaszalności uczestników i oszacowania jakości realizowanych świadczeń. Uczestnicy programu podczas wizyty podsumowującej będą poproszeni o wypełnienie ankiety oceniającej satysfakcję uczestnika programu (załącznik nr 1 do programu).

IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizator programu jest zobowiązany do posiadania polisy OC i NNW na czas i okres realizacji programu, gwarantującej zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Wszystkie interwencje powinny być prowadzone z zachowaniem warunków sanitarnych i ustalonych dla procedur medycznych, wynikających z aktualnych norm i przepisów prawnych.²⁹ Budynek, w którym mieści się gabinet lekarski powinien być dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych.³⁰

Realizator programu musi dysponować wymaganą kadrami, pomieszczeniami oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych procedur medycznych.

Ponadto realizator powinien posiadać odpowiednie instrumenty diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w trakcie programu zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz z przyjętymi normami i rekomendacjami.

W trakcie realizacji świadczeń powinny być zastosowane wyroby medyczne zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie kraju, zgodne z rekomendacjami zawartymi w wytycznych ogólnopolskich.

Dokumentacja medyczna wytworzona w trakcie realizacji programu powinna być prowadzona i przechowywana w placówce medycznej udzielającej świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w przepisach z zakresu dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych.

Wymagania kadrowe:

- lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej, lub
- lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub
- lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub
- lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, lub
- lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub
- lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii;
- specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub

- psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub
- psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w prac klinicznej,
- psycholog,
- pielęgniarka,
- pozostały personel:
 - terapeuta zajęciowy i/lub
 - certyfikowany psychoterapeuta i/lub
 - edukator, osoba posiadająca doświadczenie, wiedzę i umiejętności praktyczne w wykonywaniu działań edukacyjnych, posiadająca wykształcenie średnie medyczne lub ukończone studia na kierunkach mających zastosowanie w realizacji zadań wynikających z niniejszego programu (np.: pielęgniarstwo, zdrowie publiczne).

Realizator jest zobowiązany do zapewnienia zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania – sprzętu medycznego i pomocniczego, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.³¹

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1 Monitorowanie

Monitoring i ewaluacja programu będzie polegała na ocenie zgłaszalności uczestników do programu oraz wielkości objęcia dzieci i młodzieży procesem terapeutycznym, edukacyjnym i konsultacyjnym, oszacowania świadomości z zakresu występowania zaburzeń depresyjnych, analizie efektywności i trwałości realizacji programu.

Ocena zgłaszalności będzie polegała na ocenie liczby uczestników w porównaniu do założonej liczby populacji docelowej. Liczby osób, które zgłosiły chęć uczestnictwa w programie ale z różnych względów zrezygnowały z udziału w nim.

Realizator będzie składał raporty końcowe z realizacji programu w każdym roku realizacji programu zawierające informację o: liczbie zgód na udział w programie, liczbie wykonanych konsultacji specjalistycznych (także porad w ramach telefonu zaufania), liczbie spotkań terapeutycznych, liczbie spotkań podsumowujących, liczbie spotkań edukacyjnych, liczbie przeprowadzonych akcji szkoleniowych, liczbie

uczestników terapii, liczbie uczestników działań edukacyjnych, liczbie nauczycieli biorących udział w szkoleniu.

Poziom świadomości z zakresu występowania zaburzeń depresyjnych będzie monitorowany przez realizatora poprzez ankiety przed i po przeprowadzeniu akcji edukacyjnej (opracowane przez realizatora programu). Zostaną one udostępnione wszystkim uczestnikom programu, którzy po anonimowym wypełnieniu będą mogli je umieścić w zamkniętej urnie. Następnie ankiety będą analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu świadomości.

Monitorowanie będzie dokonywane na podstawie:

1. liczby dzieci i młodzieży, które wzięły udział w programie- zakładana wartość to wzrost o min. 20% wskazanej populacji pomiędzy latami programu;
2. liczby osób, które nie zostały objęte programem ze wskazaniem przyczyn;
3. liczby osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie realizacji;
4. liczba dzieci i młodzieży objętych konsultacjami w ramach telefonu zaufania – zakładany wzrost o co najmniej 50% pomiędzy latami programu;
5. liczby dzieci i młodzieży, uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej zaburzeń depresyjnych i zdrowia psychicznego - zakładane minimum 20% populacji;
6. liczby rodziców/opiekunów prawnych, uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej zaburzeń depresyjnych i zdrowia psychicznego - zakładane minimum 20% populacji;
7. wyników oceny ankiet świadomości wśród populacji objętej akcją edukacyjną.

V.2 Ewaluacja

Do oceny efektywności programu zostaną wykorzystane m.in. mierniki epidemiologiczne wykorzystywane do analizy zastosowanych interwencji, tj. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące zaburzeń depresyjnych. Stąd założenie korzystania z publicznie dostępnych rejestrów i statystyk prowadzonych przez PZH, KOROUN, NFZ i GUS.

Do oceny efektywności programu zobowiązany będzie Organizator programu, tj. Gmina Żary o statusie miejskim.

Ewaluacja programu będzie oceniana na podstawie:

„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022

1. liczby dzieci i młodzieży z miasta Żary, u których wykryto wcześniej niezdiagnozowane zaburzenia depresyjne - zakładany wzrost o 2% wg danych z programu oraz NFZ dotyczących chorobowości i hospitalizacji,
2. wskaźników zapadalności i umieralności na zaburzenia depresyjne wg dostępnych statystyk.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1 Koszty jednostkowe

Planowane koszty jednostkowe **prowadzenia telefonu zaufania** obejmują funkcjonowanie telefonu zaufania od poniedziałku do piątku (bez sobót, niedziel i świąt) 3 godziny dziennie. Szacuje się, że koszt jednej roboczogodziny wyniesie 50,00 zł brutto.

Planowane koszty jednostkowe działań **z zakresu terapii** w ramach programu obejmują:

1. wstępną ocenę stanu psychicznego;
2. spotkanie konsultacyjne- diagnoza funkcjonalna i zaburzeń;
3. 12 spotkań terapeutycznych przez okres trwania programu (częstotliwość spotkań wg zaleceń osoby prowadzącej);
4. przeprowadzenie powtórnego spotkania konsultacyjnego z oceną podsumowującą.

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

Ostateczna wysokość kosztów jednostkowych poniesionych na uczestnika programu będzie zależała od indywidualnych potrzeb diagnostycznych poszczególnych osób biorących udział w programie. Poszczególne interwencje mogą się różnić znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia. Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu winne być przeznaczone na zwiększenie liczby uczestników programu.

Tabela 7 : Koszt działań z zakresu terapii przypadający na jednego uczestnika programu

Rodzaj badania	Koszt jednostkowy/osobę
Konsultacje specjalistyczne	200,00 zł
Sesje terapeutyczne (12 sesji x 100,00 zł)-indywidualne i rodzinne	1 200,00 zł
Podsumowanie terapii	100,00 zł

Źródło : Opracowanie własne

„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022

Przy założeniu, że koszt 1 godziny pracy personelu wykonującego czynności podczas procesu konsultacyjnego wyniesie 100,00 zł, a czas trwania konsultacji określa się na 2 godz., można oszacować, że całkowity koszt wyniesie 200,00 zł w przeliczeniu na jednego uczestnika.

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

Ostatnią składową kosztów jest powtórne spotkanie podsumowujące terapię wraz z udzieleniem wskazówek do dalszego leczenia lub dalszej pracy w domu, którego koszt szacuje się na 100,00 zł/osobę.

W ramach telefonu zaufania planuje się objąć:

- 1) w pierwszy roku obowiązywania programu (tj. od września do grudnia 2021)
– 277 osób*;

$$258 \text{ godz.} \times 1,073 = 276,84 \text{ osoby} \approx 277 \text{ osób}$$

- 2) w drugi roku obowiązywania programu (tj. od stycznia do grudnia 2022) – 811 osób*

$$756 \text{ godz.} \times 1,073 = 811,19 \approx 811 \text{ osób}$$

* dane obliczono na podstawie wzoru: liczba godzin w ramach telefonu zaufania w danym roku realizacji programu x współczynnik liczby rozmów/osób, którym udzielono porady w ciągu jednej godziny = 1,073 rozmowy/godz. (współczynnik wyliczony na podstawie własnych danych Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych prowadzących telefon zaufania dla osób uzależnionych i współuzależnionych).

Założono, że około 15 dzieci w pierwszym i 20 w drugim roku realizacji programu, na skutek stwierdzenia zaburzeń depresyjnych, będzie wymagało odbycia wizyty lekarskiej, na której zostanie przygotowana diagnoza funkcjonalna i nastąpi kwalifikacja do etapu sesji terapeutycznych. Powyższe osoby przejdą w kolejnym etapie spotkanie podsumowujące.

Dane stanowiące podstawę do wyliczenia wielkości grupy docelowej zostały uzyskane z Wydziału Spraw Obywatelskich i Zarządzania Kryzysowego, na podstawie których w I roku realizacji określono populację na 2057 dzieci a w II roku na 2052 dzieci. Z tego u 2% zgodnie danymi epidemiologicznymi dotyczącymi występowania depresji wśród dzieci i młodzieży może występować depresja tj. około 40 dzieci w I roku obowiązywania programu i 82 w II roku realizacji programu (założono w celu głównym 2 % wzrost wykrywalności pomiędzy latami realizacji programu):

„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022

- 1) w pierwszym roku obowiązywania programu: $2057 \times 2\% = 41,24 \approx 40$ dzieci;
- 2) w drugim roku obowiązywania programu: $2052 \times 4\%$ (w tym zakładany wzrost wykrywalności o 2%) = $82,08 \approx 82$ dzieci.

Natomiast zgodnie badaniami naukowymi dot. wzrostu zachorowalności wśród dzieci i młodzieży, około 25% wśród tych osób zachorują na zaburzenia depresyjne. Dlatego zamierza się objąć około 15 dzieci w I roku i 20 dzieci w II roku programu, które będą wymagały wdrożenia procesu terapeutycznego:

- 1) w pierwszym roku obowiązywania programu: 40 dzieci \times 25% = 10 dzieci (w tym roku przyjęto 15 dzieci do objęcia terapią z uwagi możliwą większą skalę występowania problemu w obecnej sytuacji epidemicznej);
- 2) w drugim roku obowiązywania programu: 82 dzieci \times 25% = $20,5 \approx 20$ dzieci.

Tabela 8 : Koszt interwencji w I roku realizacji Programu (wrzesień-grudzień 2021)

Populacja	Koszt jednostkowy	Rodzaj badania	Suma kosztów
15	200,00 zł	Konsultacje specjalistyczne	3 000,00 zł
15	1 200,00 zł	Sesje terapeutyczne	18 000,00 zł
15	100,00 zł	Podsumowanie terapii	1 500,00 zł
Suma			22 500,00 zł

Źródło : Opracowanie własne

Tabela 9 : Koszt interwencji w II roku realizacji Programu (styczeń-grudzień 2022)

Populacja	Koszt jednostkowy	Rodzaj badania	Suma kosztów
20	200,00 zł	Konsultacje specjalistyczne	4 000,00
20	1 200,00 zł	Sesje terapeutyczne	24 000,00
20	100,00 zł	Podsumowanie terapii	2 000,00
Suma			30 000,00

Źródło : Opracowanie własne

Tabela 10: Koszt telefonu zaufania w I roku realizacji Programu (wrzesień-grudzień 2021)

Liczba godzin	Koszt jednostkowy	Rodzaj interwencji	Suma kosztów
258	50,00 zł	Telefon zaufania	12 900,00 zł

Źródło : Opracowanie własne

Tabela 11 : Koszt telefonu zaufania w II roku realizacji Programu (styczeń-grudzień 2022)

Liczba godzin	Koszt jednostkowy	Rodzaj interwencji	Suma kosztów
756	50,00 zł	Telefon zaufania	37 800,00 zł

Źródło : Opracowanie własne

Koszt działań edukacyjnych:

- **skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych**

Koszt pracy osoby prowadzącej konferencję wraz z konsultacjami wyniesie 300,00 zł za jedno spotkanie. Liczba szkół podstawowych, w których będą odbywać się działania edukacyjne wynosi 6. Czas trwania konferencji i konsultacji do 3 godzin.

Planuje się w I i II roku realizacji programu przeprowadzić po jednej konferencji w szkole.

Tabela 12 : Koszt działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych w I i II roku realizacji Programu

Rok realizacji	Liczba szkół	Liczba spotkań	Koszt jednostkowy	Rodzaj interwencji	Suma kosztów
2021	6	1	300,00 zł	Konferencja w I roku realizacji programu	1 800,00 zł
2022	6	1	300,00 zł	Konferencja w II roku realizacji programu	1 800,00 zł

Źródło : Opracowanie własne

- **skierowanych do dzieci i młodzieży**

Koszt pracy osoby prowadzącej spotkania-warsztatu wyniesie 400,00 zł za jedno spotkanie. Liczba szkół podstawowych, w których będą odbywać się działania edukacyjne wynosi 6. Czas trwania spotkania-warsztatu do 2 godzin.

Planuje się w I i II roku realizacji programu przeprowadzić po 2 spotkania-warsztaty w szkole w podziale na grupy wiekowe I grupa-klasy V-VI, II grupa - klasy VII-VIII.

Tabela 13 : Koszt działań edukacyjnych dla dzieci/młodzieży w I i II roku realizacji Programu

Rok realizacji	Liczba szkół	Liczba spotkań	Koszt jednostkowy	Rodzaj interwencji	Suma kosztów
2021	6	2	400,00 zł	Spotkanie-warsztat w I roku realizacji programu	4 800,00 zł
2022	6	2	400,00 zł	Spotkanie-warsztat w II roku realizacji programu	4 800,00 zł

Źródło : Opracowanie własne

Koszt działań szkoleniowych

Koszt pracy osoby prowadzącej akcję szkoleniową wśród nauczycieli wyniesie 500,00 zł za akcję. Forma szkolenia i liczebność grup zostanie opracowana przez realizatora programu.

Liczba szkół podstawowych, w których będą odbywać się działania szkoleniowe wynosi 6.

Planuje się w I i II roku realizacji programu przeprowadzić po jednej akcji szkoleniowej w szkole. Liczba nauczycieli, psychologów i pedagogów we wszystkich placówkach oświatowych objętych programem wynosi 261 (wg informacji telefonicznych uzyskanych w dniu 18.03.2021 r. od placówek oświatowych). Czas trwania akcji szkoleniowej do 2 godzin.

Tabela 14 : Koszt akcji szkoleniowej w I i II roku realizacji Programu

Rok realizacji	Liczba szkół	Liczba akcji	Koszt jednostkowy	Rodzaj interwencji	Suma kosztów
2021	6	1	500,00 zł	Akcja szkoleniowa w I roku realizacji programu	3 000,00 zł
2022	6	1	500,00 zł	Akcja szkoleniowa w II roku realizacji programu	3 000,00 zł

Źródło : Opracowanie własne

Koszty działań informacyjnych

Akcja informacyjna oparta będzie na informacjach prasowych, plakatach i ulotkach informacyjno-edukacyjnych.

Tabela 15 : Koszt działań informacyjnych w I i II roku realizacji Programu

Rok realizacji	Liczba plakatów i ulotek	Koszt jednostkowy	Rodzaj interwencji	Suma kosztów
2021	500	1,00 zł	Plakaty i ulotki	500,00 zł
2022	1 250	1,00 zł	Plakaty i ulotki	1 250,00 zł

Źródło : Opracowanie własne

Monitorowanie i ewaluacja programu będzie prowadzona przez organizatora programu.

VI.2 Koszty całkowite programu

Tabela 16 : Planowane koszty całkowite Programu

L.p.	Pozycja kosztorysu	Rok realizacji	Liczba osób/ sztuk/godzin spotkań	Koszt jednostkowy	I rok realizacji programu	II rok realizacji programu	Koszt całkowity
1.	Konsultacje specjalistyczne	2021	15	200,00 zł	3 000,00 zł	-	7 000,00 zł
		2022	20	200,00 zł	-	4 000,00 zł	
2.	Sesje terapeutyczne	2021	15	1 200,00 zł	18 000,00 zł	-	42 000,00 zł
		2022	20	1 200,00 zł	-	24 000,00 zł	
3.	Podsumowanie terapii	2021	15	100,00 zł	1 500,00 zł	-	3 500,00 zł
		2022	20	100,00 zł	-	2 000,00 zł	
4.	Koszt telefonu zaufania	2021	258	50,00 zł	12 900,00 zł	-	50 700,00 zł
		2022	756	50,00 zł	-	37 800,00 zł	
5.	Koszt działań edukacyjnych dla rodziców	2021	6	300,00 zł	1 800,00 zł	-	3 600,00 zł
		2022	6	300,00 zł	-	1 800,00 zł	
6.	Koszt działań edukacyjnych dla dzieci	2021	12	400,00 zł	4 800,00 zł	-	9 600,00 zł
		2022	12	400,00 zł	-	4 800,00 zł	
7.	Koszt działań szkoleniowych	2021	6	500,00 zł	3 000,00 zł	-	6 000,00 zł
		2022	6	500,00 zł	-	3 000,00 zł	
8.	Koszt wydruku plakatów i ulotek	2021	500	1,00 zł	500,00 zł	-	1 510,00 zł
		2022	1 250	1,00 zł	-	1 250,00 zł	
9.	Koszt monitorowania i ewaluacji	2021/2022	wykonuje pracownik organizatora programu w ramach obowiązków służbowych				
10.	Łącznie	2021/2022	-	-	45 500,00 zł	78 650,00 zł	124 150,00 zł

Źródło: Opracowanie własne

VI.3 Źródła finansowania

Świadczenia w ramach programu zostaną sfinansowane ze środków własnych Gminy, dotacji z budżetu państwa lub innych źródeł m.in. z Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).

Sporządziła:
Joanna Harasim
Inspektor w WSS
tel. 68 470 83 47
e-mail: joanna.harasim@um.zary.pl

VII. Bibliografia

-
- ¹ Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020, Narodowy Program Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, grudzień 2016r., s.10
- ² Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020, Narodowy Program Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, grudzień 2016r., s.10-11
- ³ Coraz więcej dzieci doświadcza kryzysów psychicznych, <https://zdrowie.pap.pl/psyche/coraz-wiecej-dzieci-doswiadcza-kryzysow-psychicznych>, stan w dniu 09.11.2020r.
- ⁴ Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020, Narodowy Program Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, grudzień 2016r., s.26
- ⁵ Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020, Narodowy Program Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, grudzień 2016r., s.27-28
- ⁶ Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, lek. Magdalena Miernik-Jaeschke, prof. dr hab. Irena Namysłowska <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/psychiatria/81302.zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy> dostęp z dnia 16.03.2021r.
- ⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458), Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, s. 7-8,
- ⁸ Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020, Załącznik do Uchwały nr XLVII/567/14 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 5 maja 2014 r. , s.36 -37
- ⁹ Aktualizacja Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020, Załącznik do Uchwały nr XXVI/373/16 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 19 grudnia 2016 r. , s.42
- ¹⁰ Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania 2020, pod red. Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego, s.24 <https://www.pzh.gov.pl/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-raport-za-2020-rok/>
- ¹¹ Aktualizacja Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020, Załącznik do Uchwały nr XXVI/373/16 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 19 grudnia 2016 r. , s.43
- ¹² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458), Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, s. 12,
- ¹³ Aktualizacja Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020, Załącznik do Uchwały nr XXVI/373/16 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 19 grudnia 2016 r. , s.47
- ¹⁴ Narodowy Fundusz Zdrowia Lubuski Oddział Wojewódzki w Zielonej Górze – Pacjent-Gdzie się leczyć? https://www.nfz-zielonagora.pl/PL/490/Gdzie_sie_leczyc/ (dostęp 23.02.2021r.)
- ¹⁵ Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019r. poz. 1285)
- ¹⁶ Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz warunki realizacji tych świadczeń Załącznik nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019r. poz. 1285) (dostęp z dnia 15.02.2021r.)
- ¹⁷ Obwieszczenie Ministra Edukacji z dnia 9 lipca 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020r. poz. 1280) <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001280/O/D20201280.pdf> (dostęp z 19.02.2021r.)
- ¹⁸ Pomoc pedagogiczno-psychologiczna dla uczniów i rodziców, Ministerstwo Edukacji-Aktualności-Wiadomości <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/pomoc-psychologiczno-pedagogiczna-dla-uczniow-i-rodzicow> (dostęp 22.02.2021r)
- ¹⁹ Obwieszczenie Ministra Edukacji z dnia 14 sierpnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie wykazu zajęć prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz przez nauczycieli poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz nauczycieli:

*„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”
2021-2022*

pedagogów, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1552) <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001552> (dostęp 22.02.2021 r.)

²⁰ Zarządzenie Wojewody Lubuskiego z dnia 31 sierpnia 2018 r. w sprawie ustalenia Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Lubuskiego na lata 2019-2021

²¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021 r. poz. 642)

²² Zdrowie w liczbach: opieka psychiatryczna w Polsce po pandemii 8 lipca 2020 r.
<https://www.politykazdrowotna.com/61496,zdrowie-w-liczbach-opieka-psychiatryczna-w-polsce-po-pandemii>
(dostęp z dnia 09.07.2021 r.)

²³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458), Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, s. 12

²⁴ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 37/2019 z dnia 22 marca 2019 r.
<https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/941-opz-2019> (dostęp z dnia 15.02.2021r.)

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285),
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285> (dostęp z dnia 15.02.2021r.)

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r., nr 151, poz. 896) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111510896> (dostęp z dnia 15.02.2021r.)

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. u. z 2010 r., nr 252, poz. 1697)

²⁸ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001000> (dostęp z dnia 15.02.2021r.)

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DZ. U. z 2019 r. poz. 595 z późn. zm.)

³⁰ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2019 r. poz. 1065 z późn. zm.)

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW
PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

- DZIAŁANIA DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat jakości świadczonych usług w ramach „Programu profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”, w którym uczestniczyły Państwa dzieci.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć uczestnika programu (dziecka):

Kobieta

Mężczyzna

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w trakcie konsultacji ze specjalistą?

	Bardzo dobrze zdania	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo	Nie mam źle
Możliwość osobistej rozmowy ze specjalistą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprawność obsługi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetentna informacja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pan(i) poziom opieki medycznej w trakcie wizyty terapeutycznej u specjalisty?

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

Zapewnienie intymności
pacjenta podczas wizyty

Punktualność

3. Jak całościowo ocenia Pan/Pani dzisiejszą wizytę u specjalisty?

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

4. Inne uwagi:

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

Załącznik nr 2 do programu

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Ja niżej podpisany(-a) oświadczam, że uzyskałem(-am) informacje dotyczące „Programu profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych” oraz otrzymałem (-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
Wyrażam zgodę na udział w tym Programie mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka

PESEL:

i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopie niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych z trakcie Programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r.).

Rodzic/Opiekun prawny dziecka:

.....

(data, imię i nazwiska – czytelnie)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że omówiłem (-am) w/w Program z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(-am) informacji dotyczących natury i znaczenia udzielanych w ramach programu świadczeń.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

(data, imię i nazwiska – czytelnie)

Zgodnie z art.7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych moich i mojego dziecka w postaci imienia, nazwiska i numeru PESEL przez jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie mojego dziecka. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

Rodzic/Opiekun prawny dziecka biorącego udział w Programie:

.....

(data, imię i nazwiska – czytelnie)

ORYGINAŁ/KOPIA

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW
PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

- DZIAŁANIA EDUKACYJNE I SZKOLENIOWE

Szanowni Państwo,

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Uzyskane informacje pomogą nam w poznania Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat przeprowadzonych spotkań edukacyjnych i szkoleniowych, w których uczestniczyliście Państwo i Państwa dzieci.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

Kobieta

Mężczyzna

Jak ocenia Pan/Pani organizację spotkania, w którym brała Pani/brął Pan udział?

Bardzo Dobrze Średnio Źle Bardzo Nie mam
dobrze źle zdania

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pana/Pani przydatna?

Bardzo Przydatna Średnio Raczej Całkowicie Nie mam
przydatna przydatna nieprzydatna nieprzydatna zdania

1. Czy informacje zdobyte podczas spotkania zwiększyły Pani/Pana umiejętności?

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

2. Czy informacje zdobyte na spotkaniu będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

3. Czy prowadzący spotkanie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

4. Czy prowadzący spotkanie przekazywał informacje w przystępny sposób?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

5. Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników spotkania?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

6. Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

7. Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w spotkaniu?

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

8. Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

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

9. Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie spotkania?

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

10. Inne uwagi:

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

Załącznik nr 4 do programu

**FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO
MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO
„PROGRAMU PROFILAKTYKI ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH DLA DZIECI
I MŁODZIEŻY ZE SZKÓŁ PODSTAWOWYCH”**

I. Informacje ogólne

1. Czy świadczenia były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Żary o statusie miejskim a Realizatorem programu?

- TAK NIE

2. Czy świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?

- TAK NIE

II. Informacje o programie

1. Okres realizacji świadczeń:

2. Zrealizowane działania informacyjno-edukacyjne:

3. Liczba uczestników programu:

- uczestników terapii:
 - uczestników działań edukacyjnych:
 - uczestników działań szkoleniowych:

4. Wyniki realizacji programu:

Liczba zgód na udział w programie:	
Liczba udzielonych porad w ramach telefonu zaufania:	
Liczba wykonanych konsultacji specjalistycznych:	
Liczba spotkań terapeutycznych:	
Liczba spotkań podsumowujących:	
Liczba spotkań edukacyjnych:	
Liczba przeprowadzonych akcji szkoleniowych:	
Liczba materiałów informacyjno – edukacyjnych wykorzystanych do realizacji programu (proszę wymienić wg rodzaju): - plakaty - ulotki - inne (jakie?):	

5. Wnioski z realizacji programu:

--

III. Rozliczenie finansowe programu:

1. Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową:	
2. Kwota wydatkowana na realizację programu:	
3. Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie nie wykorzystano z powodu:	

IV. Dodatkowe informacje:

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

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Realizatora programu

Załącznik nr 5 do programu

TEMATYKA MATERIAŁÓW INFORMACYJNO-EDUKACYJNYCH

Poniżej przedstawiono tematykę jaka powinna być zawarta przez realizatora w materiałach informacyjno-edukacyjnych wykorzystanych w programie:

Tematyka:

1. Profilaktyka zaburzeń depresyjnych z uwzględnieniem danych epidemiologicznych dla regionu.
2. Skuteczność odpowiednio wcześnie podjętego leczenia.
3. Czynniki ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych.
4. Przekazanie osobom objętym programem informacji na temat działań podejmowanych w ramach programu, dostępności świadczeń poza programem oraz danych kontaktowych z realizatorem programu.

Forma:

1. Plakaty
2. Ulotki

Załącznik nr 6 do programu

**WYMOGI DO SCENARIUSZA
KONFERENCJI EDUKACYJNO-INFORMACYJNEJ
ORAZ SZKOLENIA NAUCZYCIELI**

Poniżej przedstawiono wymogi jakimi powinien kierować się realizator konferencji edukacyjno-informacyjnej i akcji szkoleniowej:

Tematyka:

1. Profilaktyka zaburzeń depresyjnych z uwzględnieniem danych epidemiologicznych dla regionu oraz specyfiki miejsca występowania.
2. Specyfika wykrywania zaburzeń depresyjnych.
3. Konsekwencja zaniedbań diagnostycznych i bagatelizowania objawów chorobowych.
4. Skuteczność odpowiednio wcześnie podjętego leczenia.
5. Czynniki ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych.
6. Nabycie umiejętności reagowania w sytuacjach stresowych oraz poznanie technik redukcji stresu i napięcia nerwowego.
7. Przekazanie informacji na temat działań podejmowanych w ramach programu, dostępności świadczeń poza programem oraz danych kontaktowych z realizatorem programu.

Forma spotkania:

1. konferencje
2. spotkania/warsztaty
3. szkolenia