

Załącznik do uchwały Nr XLVIII/550/18
RADY MIEJSKIEJ W PSZCZYNIE
z dnia 21 czerwca 2018 r.

Program ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna na lata 2018-2020

Podstawa prawna realizacji programu: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2017 roku, poz. 1938 z późn. zm)

Nazwa programu:

Program ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna

Okres realizacji Programu:

rok szkolny 2018/2019 – rok szkolny 2019/2020

Autorzy programu:

mgr Karolina Sobczyk

dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka

Dane kontaktowe:

Urząd Miejski w Pszczynie

ul. Rynek 2

43-200 Pszczyna

telefony: (32) 448 38 77

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Definicja zdrowia wg WHO wskazuje na jego trzy komplementarne elementy: zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne. Zdrowie psychiczne jest zatem równie istotne, jak pozostałe jego aspekty i jako takie powinno być traktowane jako jeden z priorytetów polityki zdrowotnej. Wzrastająca liczba zaburzeń psychicznych stanowi wyjątkowo niepokojący trend, zważywszy na fakt olbrzymich kosztów społeczno-ekonomicznych, które z sobą niesie, nie tylko dla jednostki nim dotkniętej, ale także dla całej społeczności. Prognozy WHO wskazują, że do 2030 roku zaburzenia psychiczne stanowią będą ok. 15% wszystkich chorób¹. Zaburzenia psychiczne mogą się ujawnić w każdym wieku, stanowiąc obciążenie pod postacią ograniczeń w zatrudnieniu, wydajności pracy, nasilając zjawiska przemocy, agresji, zachowań autodestrukcyjnych, czy samobójczych.

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia z 2001 r. pt.: „Zdrowie psychiczne, nowe rozumienie, nowa nadzieja”, determinantami większości zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowań są trzy rodzaje czynników: biologiczne, psychologiczne i socjalne². Tym samym zdolność jednostki do zapadania na powyższe choroby wynika z predyspozycji genetycznych, połączonych z takimi czynnikami otaczającymi, jak np.: ubóstwo, niski status społeczny, niski poziom wykształcenia, czynniki rodzinne (np. relacje rodzinne - dysfunkcje rodziny mogą przyczyniać się do wzmacniania objawów chorego na depresję dziecka, i odwrotnie – zaburzenia u dziecka wpływają na relacje i funkcjonowanie pozostałych członków rodziny) i środowiskowe (przemoc w szkole, nasilona rywalizacja i presja ze strony rówieśników, nadmierny nacisk na osiągnięcia szkolne). Planując działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego należy więc mieć na uwadze powyższe uwarunkowania.

W odpowiedzi na pogarszający się stan zdrowia psychicznego populacji polskiej doszło do uchwalenia „Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022” z dnia 4 sierpnia 2016 r.³ oraz uwzględnienia zagadnień z obszaru zaburzeń psychicznych w Narodowym Programie Zdrowotnym na lata 2016–2020⁴. Działania, których celem jest poprawa zdrowia społeczeństwa poprzez lepsze rozpoznawanie zagrożeń zdrowia psychicznego, poprawę jakości świadczeń oraz poprawę ich dostępności, są również zbieżne z priorytetami Światowej Organizacji Zdrowia zawartymi w Mental Health Action Plan for Europe⁵.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego ma na celu określenie strategii działań mających prowadzić do ograniczenia występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu zdrowia psychicznego. Cele operacyjne obejmują:

1. Poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.

¹ „Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997–2004”, http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm

² Raport WHO z 2001 r. „Zdrowie psychiczne, nowe rozumienie, nowa nadzieja”.

³ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [Dz.U. 2017 poz. 882 z późn. zm.]

⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

⁵ Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf, [dostęp: 02.05.2014].

2. Profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.
3. Profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa.
4. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.
5. Promocję zdrowego i aktywnego starzenia się.
6. Poprawę zdrowia prokreacyjnego.

Wśród sześciu celów operacyjnych tego programu jest kilka, które odnieść należy do zdrowia psychicznego dzieci: ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki; profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi; czy profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego.

Okres edukacji szkolnej stanowi szczególnie ważny etap rozwoju człowieka, przeciążenia, jakie dotyczą dzieci w tym wieku mogą skutkować obniżeniem nastroju, zaburzeniami depresyjnymi i nerwicowymi (inaczej lękowymi). Depresja (zespół depresyjny) jest definiowana jako długotrwały, szkodliwy i poważny stan, któremu towarzyszy nadmierne obniżenie nastroju oraz inne objawy o charakterze psychicznym, behawioralnym i fizycznym⁶. W klasyfikacji ICD-10 depresja jest lokowana w grupie zaburzeń nastroju (zaburzenia afektywne). W zależności od nasilenia objawów można mówić o epizodach depresyjnych: łagodnych, umiarkowanych lub ciężkich⁷. Objawy depresyjne występują również u osób, u których rozpoznano, np. mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne lub zaburzenia adaptacyjne. W grupie osób z tymi nieprawidłowościami pojawienie się objawów depresyjnych związane jest z aktualnymi trudnymi przeżyciami, w przypadku dzieci może to być stres wynikający z obowiązków szkolnych, np. nadmierna presja i wymagania, nasilona rywalizacja wśród uczniów, przemoc w szkole itp.)^{8,9}.

Z depresją mogą współwystępować zaburzenia nerwicowe, około 30 do aż 75% dzieci z depresją spełnia równocześnie kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych¹⁰. Kolejne zaburzenia często towarzyszące depresji to tzw. zaburzenia eksternalizacyjne: zaburzenia zachowania (CD), opozycyjno-buntownicze (ODD), zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD) oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Statystyki dotyczące współchorobowości zaburzeń depresyjnych i lękowych wskazują, że często występują one łącznie. Prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń lękowych po przeżytym epizodzie depresyjnym ocenia się na 47–58% w ciągu całego życia, natomiast ryzyko depresji u chorych z zaburzeniami lękowymi

⁶ C. Hammen, Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006

⁷ M. Turno, Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu, http://www.bc.ore.edu.pl/Content/193/02ore_depresja.pdf (dostęp z dnia 17.10.2017)

⁸ C. Hammen C. Depresja...op. cit.

⁹ Kendall P. C. (2004), Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

¹⁰ S. Kalinowska, K. Nitsch, P. Duda, B. Trześniowska-Drukała, J. Samochowiec, Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia, *Annales Academiae Medicae Stetinensis, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2013, 59, 1, 32–36

szacowane jest na ok. 56% chorych¹¹. Te nieprawidłowości niosą ze sobą zwiększone ryzyko samobójstw, czy depresji w przyszłości¹².

Diagnozowanie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży, opiera się w większości na podstawie tych samych kryteriów, które są przyjęte dla dorosłych. Objawami depresji u dzieci są zatem przede wszystkim: uczucie smutku, ograniczenie lub rezygnacja z zainteresowań i dotychczasowych aktywności, zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej – spowolnienie lub pobudzenie, poczucie braku sensu życia i nadziei, niskie poczucie własnej wartości, bezradności, nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie, spadek energii, zaburzenia koncentracji uwagi, nadmierna męczliwość, wzrost lub spadek apetytu, zmiana wzorca snu (trudności z zasypianiem lub wczesne wybudzanie)¹³. W przypadku małych dzieci częstymi objawami depresji czy zaburzeń nerwicowych mogą być dolegliwości somatyczne: bóle brzucha, bóle głowy, brak łaknienia lub mimowolne moczenie, którym znamienne częściej niż wśród młodzieży towarzyszy lęk separacyjny. Obraz nieprawidłowości u dzieci starszych jest nieco inny i obejmuje najczęściej, oprócz zaburzeń nastroju, także zaburzenia odżywiania (szczególnie u dziewcząt), nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych¹⁴.

Za przyczynę wystąpienia klinicznej depresji nie wini się pojedynczego czynnika biologicznego, czy jednego zewnętrznego wydarzenia, co niewątpliwie utrudnia postawienie właściwej diagnozy. Wśród przyczyn występowania zaburzeń psychicznych, oprócz zmiany w zachowaniu, należy rozważać także procesy biochemiczne zachodzące w mózgu, czynniki genetyczne oraz wpływ środowiska zewnętrznego. Coraz więcej faktów przemawia za tym, że wczesne wystąpienie depresji jest zapowiedzią przewlekłego zaburzenia, które będzie miało swoją ciągłość od wieku dziecięcego, poprzez młodzieńczy, do dorosłości.

Leczenie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży powinno obejmować przede wszystkim oddziaływania psychoterapeutyczne oraz psychoedukacyjne pacjentów i ich rodzin, natomiast farmakoterapia to rozwiązanie ostateczne. Nadrzędnym celem leczenia jest łagodzenie objawów depresji oraz interwencje ukierunkowane na kształtowanie relacji rówieśniczych, radzenie sobie ze stresem i samoakceptacja. Dodatkowo należy pamiętać o leczeniu nieprawidłowości z zakresu stanu somatycznego¹⁵.

Niefarmakologiczne metody leczenia obejmują¹⁶:

- psychoedukację – dostarczenie dziecku i rodzicom/opiekunom informacji na temat objawów i przyczyn depresji, metod leczenia, objawów niepożądanych oraz sposobów postępowania w sytuacjach nawrotu;
- psychoterapię – w formie terapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej.

Terapia wobec najmłodszych pacjentów ma szansę powodzenia jedynie w sytuacji czynnego udziału i zaangażowania opiekunów dziecka, dlatego w tym przypadku zaleca się terapię rodzinną.

¹¹ Stein D.J., Hollander E. Współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych. Via Medica, Gdańsk 2004.

¹² Bomba J., Modrzejewska R., Pilecki M, Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych – piętnastoletnie badania prospektywne. *Psychiatr Pol.* 2003, 1, 57–69.

¹³ M. Turno, Dziecko z depresją...op. cit.

¹⁴ ibidem

¹⁵ J. Rabe-Jabłońska, Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Ed. I. Namysłowska. PZWL, Warszawa 2004, 117

¹⁶ S. Kalinowska, K. Nitsch, P. Duda, B. Trześniowska-Drukała, J. Samochowiec, Depresja u dzieci i młodzieży... op. cit.

Psychoterapia grupowa ma większe zastosowanie w odniesieniu do starszych dzieci i młodzieży, która doświadcza trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej i ma tendencje do wycofywania się z relacji koleżeńskich¹⁷.

Najskuteczniejszą formą psychoterapii zaburzeń nastroju o charakterze depresyjnym, ale również zaburzeń lękowych i innych związanych z wystąpieniem niepokoju, jest terapia behawioralna, a w przypadku młodzieży terapia behawioralno-poznawcza (cognitive behavioral therapy - CBT)¹⁸. W przypadku wystąpienia depresji o ciężkim przebiegu, najszybszym i najefektywniejszym rozwiązaniem jest natomiast połączenie CBT i farmakoterapii¹⁹. Farmakoterapię można rozważać dopiero w sytuacji, gdy nasilenie objawów utrudnia dziecku codzienne funkcjonowanie, a same oddziaływania terapeutycznie nie przynoszą zadowalających efektów, przy czym należy podkreślić, że stosowanie leków może być co najwyżej metodą uzupełniającą dla psychoterapii²⁰.

Leczenie dzieci i młodzieży z rozpoznaniem psychicznych powinno być kompleksowe, nakierowane zarówno na objawy choroby, jak i na związane z wiekiem potrzeby rozwojowe. Dlatego leczenie powinno uwzględniać wszystkie sfery zaburzonego funkcjonowania takie, jak: trudności społeczne, kłopoty z nauką, trudności w rozwiązywaniu problemów społecznych, kontrolowaniu emocji, ale też nieprawidłowe relacje rodzinne, czy dysfunkcjonalne przekonania dotyczące własnej osoby i innych ludzi.

Zapobieganie zaburzeniom zdrowia psychicznego powinno być realizowane na trzech poziomach profilaktyki: uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej. Profilaktyka uniwersalna ma na celu przeciwdziałanie inicjacji zachowań ryzykownych poprzez dostarczenie odpowiedniej informacji na temat ich szkodliwości, wzmacnianie czynników chroniących oraz redukowanie czynników ryzyka. Działania te dotyczą szczególnie młodzieży szkolnej w odniesieniu do takich zagrożeń, jak np. używanie substancji psychoaktywnych (narkotyki, alkohol) czy przemoc²¹.

Profilaktyka selektywna jest adresowana do dzieci i młodzieży, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne, są w większym stopniu zagrożone wystąpieniem zachowań ryzykownych, problemów zdrowotnych i społecznych²². Jej celem jest niesienie pomocy dzieciom, które dorastają w niekorzystnych warunkach życiowych (np. w rodzinach, w których obecny jest problem uzależnienia od alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych), żyjącym na skraju ubóstwa czy doświadczającym przemocy, u których nie występują jeszcze zaburzenia zachowania i problemy psychiczne. W takim przypadku zainicjowane działania będą minimalizować poziom ryzyka zaburzeń psychicznych w chwili obecnej i zapobiegać powstaniu problemów w przyszłości²³.

¹⁷ M. Miernik-Jaesche, I. Namysłowska, Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży. <http://pediatria.mp.pl/choroby/psychiatria/show.html?id=81302> (dostęp z dnia 1.11.2017)

¹⁸ J. Rabe-Jabłońska, Zaburzenia afektywne... op. cit.

¹⁹ Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team: Fluoxetine, cognitive -behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. JAMA. 2004, 292, 807.

²⁰ Miernik-Jaesche, I. Namysłowska, Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży. <http://pediatria.mp.pl/choroby/psychiatria/show.html?id=81302>

²¹ <http://www.kbpn.gov.pl/portals?id=106043> (dostęp z dnia 30.04.2018)

²² Ostaszewski K., Kompendium wiedzy o profilaktyce (w:) Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki, Fundacja ETOH, Warszawa 2010

²³ Ibidem

Działania profilaktyki wskazującej są z kolei adresowane do dzieci i młodzieży, które ze względu na swoją trudną sytuację rodzinną, społeczną czy cechy indywidualne, są szczególnie zagrożone rozwojem problemów społecznych i zdrowotnych, ale jednocześnie przejawiają już wczesne objawy tych nieprawidłowości. Takie symptomy jak: niskie osiągnięcia w nauce, niewypełnianie obowiązków szkolnych, wagarowanie, używanie wulgaryzmów, obrażanie innych, napady złości, przyłączanie się do grup młodzieżowych, które wchodzi w konflikt z prawem, zachowania agresywne, używanie substancji psychoaktywnych oraz inne zaburzenia zachowania, powinny być dla środowiska sygnałem, że należy zacząć działania naprawcze²⁴.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że na prawidłowy psychologiczny i społeczny rozwój dzieci z grup zwiększonego ryzyka niebagatelny wpływ wywiera przyjazne środowisko szkolne, a zwłaszcza zaangażowanie nauczycieli w życie szkoły, wspieranie uczniów w osiąganiu sukcesów w nauce, dbanie o dobry klimat społeczny w klasach itp. Nauczyciele, mający codzienny kontakt z uczniami, powinni rozpoznawać sygnały świadczące o zwiększonym ryzyku wystąpienia problemów u danego dziecka już na wczesnym etapie i umiejętnie im przeciwdziałać. Profesjonalnie przygotowani nauczyciele i pedagodzy oraz psycholodzy szkolni są pożądanymi realizatorami szkolnych działań z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej podobnie, jak ma to miejsce w przypadku programów realizowanych w ramach profilaktyki uniwersalnej. Wyniki niektórych badań naukowych wskazują, że programy prowadzone przez nauczycieli, np. dotyczące obniżenia poziomu lęku u dzieci, są bardziej skuteczne niż te, które były realizowane przez psychologów i psychoterapeutów²⁵.

Realizowanie programów z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej jest niewątpliwie bardziej wymagające w porównaniu do działań profilaktyki uniwersalnej. W tym przypadku adresatem działań są dzieci i młodzież, która doświadcza poważnych problemów z obszaru zdrowia psychicznego. Zatem aby je pokonać, potrzebne są długofalowe działania wyrównawcze wobec różnego rodzaju deficytów poznawczych i społecznych. Działania z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej powinny tworzyć komplementarny system składający się ze skutecznych strategii profilaktycznych, a ich wdrażanie powinno wiązać się przestrzeganiem zasad dbałości i wysokiej jakości.

Jedną z cech wpływających bezpośrednio na efektywność programów jest czas ich trwania. W odniesieniu do programów profilaktyki selektywnej zaleca się, aby miały charakter długoterminowy i charakteryzowały się wysoką częstotliwością²⁶. Wykorzystuje się w nich strategie ukierunkowane na osłabianie negatywnego wpływu konkretnych czynników ryzyka, które mają udowodniony związek z występowaniem problemów i na wzmacnianie czynników chroniących. Programy z obszaru profilaktyki wskazującej powinny być realizowane w małych grupach, trwać dłużej i mieć większą częstotliwość, niż programy profilaktyki selektywnej. Te programy mają osłabiać negatywny wpływ czynników ryzyka, np. takich jak: nieśmiałość, przeżywanie lęku, brak umiejętności życiowych. Programy profilaktyki uniwersalnej mogą trwać krócej od dwóch poprzednio wymienionych, skierowane są do całej społeczności szkolnej i skupiają się wokół

²⁴ Ostaszewski K., Standardy profilaktyki, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2016

²⁵ Neil A.L., Christensen H., Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety, *Clinical Psychology Review* 29, 2009

²⁶ Kumphier K.L., Johnson L., Enhancing positive outcomes for children of substance-abusing parents, *Addiction Medicine*, 2011

zagadnień związanych z promocją zdrowego stylu życia, rozwijaniem postawy dbałości o zdrowie własne i innych ludzi, treningiem asertywności oraz kształtowaniem umiejętności radzenia sobie z emocjami w różnorodnych sytuacjach²⁷.

2. Dane epidemiologiczne:

Pozyskanie szczegółowych danych na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży w Polsce naraża na trudności, gdyż nie są dostępne poprawne metodologiczne, całościowe badania epidemiologiczne. Dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazują na 10 do 20% rozpowszechnienie szeroko pojętych zaburzeń psychicznych. Szacuje się, że w ramach przyjętej powyżej wartości na kliniczną depresję cierpi około 1% dzieci przedszkolnych i około 2% w grupie dzieci szkolnych (6–12 lat). W ostatnich latach zachorowalność dzieci i młodzieży na depresję wzrasta, a wiek pojawienia się pierwszego epizodu depresyjnego obniża się. W wieku 18 lat aż 20% osób przeszło przynajmniej jeden epizod depresyjny. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych dotyczy częściej dzieci w okresie dojrzewania (adolescentów) i jest to szacowane na około 2–15%, niż dzieci, które nie wkroczyły w wiek dorastania, gdzie odsetek sięga 0,2–2%^{28,29}.

Ocenia się, że spośród 866,3 tys. dzieci w wieku 0-18 lat, zamieszkujących województwo śląskie, co najmniej 10% wymaga opieki i pomocy psychiatryczno-psychologicznej. Wśród najczęstszych problemów, z jakimi boryka się wspomniana część populacji można wymienić: zaburzenia depresyjno-lękowe, zaburzenia odżywiania oraz problemy wynikające z nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych³⁰.

Oczekuje się, że prowadzone w ramach programu działania zwrócą uwagę mieszkańców Gminy, w tym szczególnie dzieci w wieku szkolnym oraz ich rodziców/opiekunów prawnych na konieczność podejmowania działań profilaktycznych względem zaburzeń zdrowia psychicznego. W związku z zaplanowanymi interwencjami edukacyjnymi oczekuje się także wzrostu wiedzy w zakresie metod profilaktyki zdrowia psychicznego i sposobów wdrażania ich w życie codziennym przez uczestników z populacji docelowej. Prowadzone w ramach profilaktyki selektywnej warsztaty psychologiczne pozwolą na wyposażenie dzieci z grup ryzyka w kompetencje niezbędne dla utrzymania równowagi psychospołecznej. Ponadto oczekuje się, że zapewnienie dzieciom i młodzieży dostępu do kompleksowej opieki psychologicznej i psychologiczno-psychiatrycznej w ramach profilaktyki wskazującej pozwoli na poprawę jakości ich życia.

3. Opis obecnego postępowania

W ramach profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego w Polsce realizowany jest obecnie Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, mający na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki

²⁷ <https://men.gov.pl/zwiekszenie-szans/profilaktyka/profilaktyka.html> (dostęp 30.04.2018)

²⁸ S. Kalinowska, K. Nitsch, P. Duda, B. Trzeźniowska-Druksała, J. Samochowiec, Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia, *Annales Academiae Medicae Stetinensis, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2013, 59, 1, 32–36

²⁹ I. Namysłowska, Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość, *Postępy Nauk Medycznych* 1/2013, s. 4–9

³⁰ Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020, Zał. do uchwały nr 2406/290 /iv/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 października 2013 r.

zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, a także kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji³¹. Na szczeblu krajowym realizowany jest także Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020, gdzie zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny wymienione są wprost jako cel operacyjny nr 3 pn. „Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa”. Problematykę zdrowia psychicznego odnajdujemy pośrednio również w działaniach zaplanowanych do realizacji w ramach priorytetu operacyjnego 2 (Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi), gdyż istnieje duża korelacja pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi³².

W Gminie Pszczyna do tej pory nie realizowano działań profilaktycznych w zakresie promocji zdrowia psychicznego dzieci. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy można wymienić m.in. PPZ pn. „Program profilaktyki ryzykownego stanu psychicznego”, realizowany przez miasto Łódź (2012-2014).

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Zaburzenia zdrowia psychicznego stanowią istotny problem zdrowotny w populacji dzieci i młodzieży, gdyż mogą się wiązać np. z prawdopodobnym zwiększonym ryzykiem samobójstwa, czy depresji w przyszłości.

Świadczenia psychologiczne oraz świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych ambulatoryjnie w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, jednakże dostęp do nich dla mieszkańców Gminy Pszczyna, jak i całego województwa śląskiego, jest mocno utrudniony. Zgodnie z danymi NFZ na rok 2017 zawarto jedynie 7 umów na realizację świadczeń psychologicznych oraz 16 umów na realizację psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży, w tym w obu przypadkach najbliższej gminy Pszczyna w Tychach (odległość ok. 20km)³³. W związku z powyższym mieszkańcy gminy są zmuszeni do korzystania z usług psychologicznych i psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na zasadzie pełnej odpłatności w ramach rynku prywatnego. Uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do ww. świadczeń pozwoli na zwiększenie wskaźnika zgłaszalności na wizyty specjalistyczne w przypadku podejrzenia problemów w zakresie zdrowia psychicznego.

Zakres programu jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych – priorytet 3: zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych; priorytet 10: zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem

³¹ Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 [Dz.U. 2017 poz. 458]

³² Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020

³³ Informator o umowach NFZ, aplikacje.nfz.gov.pl [dostęp elektroniczny, 24.04.2017r.].

szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia³⁴;

- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020 - cel operacyjny 3: Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa; cel operacyjny 2: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi³⁵.
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie śląskim - priorytet 5: Poprawa jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi poprzez rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej dorosłych i dzieci³⁶.

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126]

³⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

³⁶ „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 30.06.2016.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki jego efektywności

1. Cel główny

Zmniejszenie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych afektywnych i nerwicowych oraz ich negatywnych konsekwencji wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym poprzez rozwijanie u nich kompetencji psychospołecznych oraz zwiększanie dostępu do specjalistycznej opieki psychologicznej i psychiatrycznej w latach 2019-2020.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Zwiększanie świadomości dzieci z grupy docelowej oraz ich rodziców/opiekunów prawnych w zakresie profilaktyki oraz rozpoznawania objawów zaburzeń zdrowia psychicznego, dzięki działaniom edukacyjnym prowadzonym w okresie realizacji programu.
- 2) Wspieranie wychowawczych i profilaktycznych działań rodziców dzieci w wieku szkolnym poprzez zwiększanie ich umiejętności w zakresie prowadzenia rozmów z dziećmi na temat dbałości o zdrowie psychiczne, dzięki działaniom zaplanowanym w ramach programu w latach 2019-2020
- 3) Rozwijanie umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży, w tym głównie umiejętności rozpoznawania i nazywania uczuć, umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami, kształtowania pozytywnej samooceny i pozytywnego obrazu siebie, celem wzmacniania potencjału zdrowia psychicznego, poprzez prowadzone w ramach programu interwencje warsztatowe
- 4) Wspieranie u dzieci z grupy docelowej rozwoju umiejętności służących wzmacnianiu zdrowia psychicznego, w tym umiejętności współpracy, rozwiązywania problemów/konfliktów oraz podejmowania samodzielnych decyzji poprzez prowadzone w ramach programu działania profilaktyczne w latach 2019-2020
- 5) Zwiększenie wśród dzieci z grupy docelowej umiejętności zaspokajania potrzeb psychoemocjonalnych w sposób akceptowalny społecznie poprzez warsztaty psychologiczne realizowane w latach 2019-2020
- 6) Wykształcenie wśród dzieci z populacji docelowej umiejętności eliminowania czynników ryzyka zaburzeń psychicznych afektywnych i nerwicowych, takich jak stres oraz stosowanie substancji psychoaktywnych, poprzez prowadzone w ramach programu działania edukacyjne w latach 2019-2020
- 7) Wzrost liczby dzieci w wieku szkolnym z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych afektywnych i nerwicowych, którym udzielono świadczeń leczniczych w ramach opieki psychologicznej i psychiatrycznej zapewnionej dzięki interwencjom zaplanowanym w programie w latach 2019-2020.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- 1) Liczba dzieci uczestniczących w programie (wd. ok. 4 700/rok szkolny),
- 2) Odsetek populacji docelowej uczestniczącej w programie (wd. 100%),
- 3) Odsetek populacji docelowej biorącej udział w warsztatach psychologicznych (wd. 5%),
- 4) Odsetek populacji docelowej korzystającej ze świadczeń specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej (wd. 2%),

- 5) Liczba wyników co najmniej dobrych (tj. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy przekazywanej na spotkaniach z zakresu edukacji zdrowotnej wśród rodziców (wd. wzrost 30%),
- 6) Liczba wyników co najmniej dobrych (tj. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy przekazywanej na spotkaniach z zakresu edukacji zdrowotnej wśród dzieci szkolnych (wd. wzrost 30%),
- 7) Liczba rodziców dzieci biorących udział w warsztatach psychologicznych, którzy działania w Programie ocenili jako efektywne w zakresie wsparcia podejmowanych przez nich działań wychowawczych i profilaktycznych (wd. 15%),
- 8) Liczba dzieci biorących udział w warsztatach, u których obserwacja prowadzona przez psychologa wykazała wzrost umiejętności współpracy, rozwiązywania problemów/konfliktów oraz podejmowania samodzielnych decyzji na skutek prowadzonych w programie działań (wd. 15%),
- 9) Liczba dzieci biorących udział w warsztatach, u których obserwacja prowadzona przez psychologa wykazała wzrost umiejętności zaspokajania potrzeb psychoemocjonalnych oraz umiejętności radzenia sobie z trudnościami na skutek prowadzonych w programie działań (wd. 15%).

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do:

- 1) dzieci w wieku 7-14 lat (działania z zakresu edukacji zdrowotnej, warsztaty psychologiczne realizowane w ramach profilaktyki selektywnej, specjalistyczna opieka psychologiczna lub psychologiczno-psychiatryczna realizowana w ramach profilaktyki wskazującej)
- 2) rodziców/opiekunów prawnych dzieci przedszkolnych oraz dzieci szkolnych w wieku 7-14 lat (działania z zakresu edukacji zdrowotnej).

W ramach prowadzonych w programie działań z zakresu edukacji zdrowotnej planuje się corocznie objąć programem wszystkie dzieci w wieku 7-14 lat tj. ok. 4 700 dzieci (100% populacji w danej grupie wiekowej zgodnie z danymi Urzędu Miejskiego w Pszczynie), ok. 1800 rodziców/opiekunów prawnych ww. dzieci oraz ok. 1000 rodziców/opiekunów prawnych dzieci przedszkolnych.

Warsztatami psychologicznymi realizowanymi w ramach profilaktyki selektywnej planuje się objąć 5% populacji docelowej dzieci w wieku 7-14 lat tj. ok. 240 dzieci (założenie 5% populacji docelowej przyjęto na podstawie danych przekazanych przez pedagogów szkolnych zatrudnionych w szkołach podstawowych na terenie Gminy Pszczyna).

Specjalistyczną opieką psychologiczną lub psychologiczno-psychiatryczną, realizowaną w ramach profilaktyki wskazującej, planuje się objąć 2% populacji docelowej dzieci w wieku 7-14 lat tj. ok. 100 dzieci (założenie 2% populacji docelowej przyjęto na podstawie danych statystycznych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego dot. liczby osób poniżej 18 r.ż. leczonych z powodu zaburzeń psychicznych³⁷).

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej

1) Edukacja zdrowotna:

- dzieci w wieku 7-14 lat z klas I-VIII szkół podstawowych ;
- rodzice/opiekunowie prawni dzieci w wieku 7-14 lat z klas I-VIII szkół podstawowych;
- rodzice/opiekunowie prawni dzieci przedszkolnych;
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Pszczyna.

2) Warsztaty psychologiczne realizowane w ramach profilaktyki selektywnej:

- dzieci w wieku 7-14 lat z klas I-VIII szkół podstawowych;
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Pszczyna;
- kwalifikacja do warsztatów przez pedagoga szkolnego;
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego uczestnika programu na dobrowolny udział w programie.

³⁷ Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, Śląsk Urząd Wojewódzki w Katowicach, 28.06.2017
[www.katowice.uw.gov.pl/download/373; dostęp: 05.10.2017].

3) Specjalistyczna opieka psychologiczna lub psychologiczno-psychiatryczna realizowana w ramach profilaktyki wskazującej:

- dzieci w wieku 7-14 lat z klas I-VIII szkół podstawowych;
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Pszczyna;
- kwalifikacja przez pedagoga szkolnego;
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego uczestnika programu na dobrowolny udział w programie.

3. Planowane interwencje

3.1. Edukacja zdrowotna adresatów programu:

- zaplanowana i prowadzona przez pedagoga szkolnego/przedszkolnego:
 - z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji w populacji docelowej rodziców dzieci przedszkolnych w formie cyklu 6 spotkań w grupie 50-60 osób z częstotliwością 2/miesiąc przez 3 miesiące (obszar tematyczny: profilaktyka, czynniki ryzyka oraz rozpoznawanie objawów zaburzeń zdrowia psychicznego, zachęcanie do prowadzenia rozmów z dziećmi na temat dbałości o zdrowie psychiczne, metody rozwijania umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży oraz zwiększania umiejętności zaspokajania potrzeb psychoemocjonalnych w sposób akceptowalny społecznie) - badanie poziomu wiedzy rodziców przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji
 - z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji w populacji docelowej rodziców dzieci szkolnych w formie 18 90-minutowych spotkań (1 spotkanie/szkołę) dla grup ok. 70-100 osób (obszar tematyczny: profilaktyka, czynniki ryzyka oraz rozpoznawanie objawów zaburzeń zdrowia psychicznego, zachęcanie do prowadzenia rozmów z dziećmi na temat dbałości o zdrowie psychiczne, metody rozwijania umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży oraz zwiększania umiejętności zaspokajania potrzeb psychoemocjonalnych w sposób akceptowalny społecznie) - badanie poziomu wiedzy rodziców przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji
 - z wykorzystaniem metody wykładu oraz pogadanki w populacji docelowej dzieci szkolnych – realizowana w trakcie 45-minutowych zajęć lekcyjnych w szkołach podstawowych (obszar tematyczny: profilaktyka, czynniki ryzyka oraz rozpoznawanie objawów zaburzeń zdrowia psychicznego, pojęcie umiejętności życiowych i psychospołecznych, metody i zalety rozwijania ww. umiejętności, metody zwiększania umiejętności zaspokajania potrzeb psychoemocjonalnych w sposób akceptowalny społecznie) - badanie poziomu wiedzy i nawyków żywieniowych u dzieci przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji
- prowadzona podczas warsztatów psychologicznych realizowanych w ramach profilaktyki selektywnej,
- prowadzona podczas wizyt u psychologa realizowanych w ramach profilaktyki wskazującej.

3.2. Warsztaty psychologiczne realizowane w ramach profilaktyki selektywnej:

- w grupie dzieci wysokiego ryzyka, zakwalifikowanych na podstawie indywidualnej oceny pedagogicznej przeprowadzanej przez pedagoga szkolnego, wskazującej na problemy co

najmniej w obszarze radzenia sobie z emocjami lub w obszarze kompetencji interpersonalnych (w założeniu 5% populacji docelowej na podstawie danych przekazanych przez pedagogów szkolnych zatrudnionych w szkołach podstawowych na terenie Gminy Pszczyna)

- po uzyskaniu zgody rodziców lub opiekunów prawnych dziecka,
 - w formie 90-minutowych spotkań w grupach max. 6-osobowych z częstotliwością raz w tygodniu przez okres 8 kolejnych tygodni, w tym co najmniej dwóch spotkań przy udziale rodziców
 - obejmujące opracowanie indywidualnego planu pracy dla każdego z uczestników
 - obejmujące trening umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży (m.in. umiejętności rozpoznawania i nazywania uczuć, umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami, kształtowania pozytywnej samooceny i pozytywnego obrazu siebie), trening umiejętności współpracy, rozwiązywania problemów/konfliktów oraz podejmowania samodzielnych decyzji w grupie docelowej, trening umiejętności zaspokajania potrzeb psychoemocjonalnych w sposób akceptowalny społecznie, trening umiejętności eliminowania czynników ryzyka chorób psychicznych (m.in. stres oraz stosowanie substancji psychoaktywnych)
 - obejmujące kwalifikację dziecka przez pedagoga do działań w ramach profilaktyki wskazującej zgodnie z indywidualnymi wskazaniami
- 3) Specjalistyczna opieka psychologiczna lub psychologiczno-psychiatryczna realizowana w ramach profilaktyki wskazującej w odniesieniu do populacji dzieci wymagających konsultacji specjalistycznych na podstawie indywidualnej oceny pedagogicznej przeprowadzanej przez pedagoga szkolnego, wskazującej na problemy co najmniej w obszarze radzenia sobie z emocjami lub w obszarze kompetencji interpersonalnych (w założeniu 2% populacji docelowej, na podstawie danych statystycznych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego)³⁸, obejmująca w zależności od kwalifikacji na pierwszej wizycie u psychologa:
- 8 45-minutowych wizyt dziecka wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi u psychologa z częstotliwością raz w tygodniu przez okres 8 kolejnych tygodni lub
 - 6 45-minutowych wizyt dziecka wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi u psychologa z częstotliwością raz w tygodniu przez okres 6 kolejnych tygodni oraz 2 wizyty u lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii.
 - przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym dzieci ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 5).

3.3. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów.

3.3.1. Opinie ekspertów klinicznych

Instytucje kształtujące politykę zdrowotną wyraźnie wskazują na konieczność podjęcia interwencji związanych z zagrożeniem populacji dzieci i młodzieży zaburzeniami psychicznymi.

³⁸ Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, Śląsk Urząd Wojewódzki w Katowicach, 28.06.2017 [www.katowice.uw.gov.pl/download/373; dostęp: 05.10.2017].

Działania prewencyjne w tym zakresie rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE);
- American Psychiatric Association (APA);
- World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP);
- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR);
- British Association for Psychopharmacology (BAP);
- Canadian Psychiatric Association;
- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT);
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN);
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry;
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne;
- Polskie Towarzystwo Psychiatryczne;
- Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej.

3.3.2. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące zaplanowanego postępowania

Problematyka zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży jest przedmiotem zainteresowania polityki zdrowotnej wielu państw, regulowanym przez różnorodne akty prawne. W ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) głównym źródłem międzynarodowych praw człowieka jest „Powszechna deklaracja praw człowieka” (Universal Declaration of Human Rights), której zapisy dotyczą praw obywatelskich, politycznych, gospodarczych, społecznych i kulturalnych. Szczegółowe zapisy co do kwestii osób chorych psychicznie zawarte są w wydanych przez ONZ w 1991 roku „Zasad ochrony osób psychicznie chorych i poprawy psychiatrycznej opieki zdrowotnej” (UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental-Health Care), które odnoszą się do wszystkich osób psychicznie chorych, również tych nieobjętych leczeniem oraz do wszystkich przebywających w placówkach psychiatrycznych bez względu na diagnozę.

Kraje członkowskie Rady Europy związane są natomiast szczególnymi zasadami ochrony praw człowieka określonymi m.in. w takich dokumentach jak: „Europejska konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności” (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms). Kluczowym wydarzeniem było przyjęcie przez przedstawicieli ministerstw zdrowia 53 krajów europejskiego regionu WHO, w 2005 roku w Helsinkach, „Deklaracji Zdrowia Psychicznego dla Europy” (Mental Health Declaration for Europe) oraz ogłoszenie Zielonej Księgi w październiku 2005 roku przez Komisję Europejską. Dokument ten nawiązuje do Deklaracji Helsińskiej i jest realizacją jej zapisów w krajach Unii Europejskiej, a obejmuje pakiet propozycji, mających na celu poprawę zdrowia psychicznego ludności i strategię dla Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia psychicznego.

W Polsce podstawowym aktem prawnym regulującym problematykę ochrony zdrowia psychicznego jest Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku (Dz. U. z 1994 roku Nr 111 poz. 535 ze zmianami). Jednym z aktów wykonawczych do ww. ustawy jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu

Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 24, poz. 128), które weszło w życie z dniem 18 lutego 2011 roku.

Kierując się między innymi wytycznymi British Association for Psychopharmacology (BAP) z 2000 roku należy stwierdzić, że nadrzędnym celem leczenia zaburzeń psychicznych typu depresja, czy zaburzenia lękowe u dzieci, jest łagodzenie objawów oraz działania nakierowane na poprawę relacji rówieśniczych, rodzinnych i samoakceptacja, a także radzenie sobie ze stresem. Leczenie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży powinno obejmować przede wszystkim psychoterapię oraz psychoedukację pacjentów i ich rodzin, w cięższych przypadkach można rozważać farmakoterapię³⁹.

Wykazano, że psychoterapia jest pomocna zarówno w leczeniu fazy ostrej, jak i w zapobieganiu nawrotom depresji. Interwencje obejmują zwykle 6-20 sesji i koncentrują się na aktualnych problemach chorego. Metody o potwierdzonej skuteczności to terapia poznawczo-behawioralna (CBT), terapia behawioralna oraz interpersonalna (IPT). Na temat innych form terapii, np. psychodynamicznej zebrano mniej danych, co nie oznacza, że są mniej efektywne⁴⁰. Niezwykle istotna jest też edukacja pacjenta i jego rodziny na temat objawów, profilaktyki, skutków, diagnostyki i leczenia depresji.

Terapia poznawczo-behawioralna oznacza wspólną nazwę całej grupy metod terapeutycznych o zbieżnych założeniach teoretycznych, zgodnie z którymi objawy psychopatologiczne lub szerzej – dysfunkcyjne zachowania i emocje jednostki – można wyjaśnić na podstawie teorii uczenia się i uwzględnienia mediacyjnej roli procesów poznawczych⁴¹. Głównym celem terapii jest skuteczna poprawa jakości życia pacjenta, co osiąga się poprzez modyfikację zachowań i sposobu myślenia, w procesie terapii, którego zasadnicze cechy stanowią:

- oparcie na współpracy między terapeutą a pacjentem,
- zorientowanie na rozwiązanie problemu,
- skupienie na teraźniejszości,
- ograniczenie w czasie,
- stosowanie odpowiednich technik terapeutycznych.

Skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych jest poddawana ocenie, analogicznie do oceny skuteczności farmakoterapii – w badaniach eksperymentalnych wpisanych w nurt medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM, evidence based medicine)⁴².

W zakresie zdrowia psychicznego aktualne algorytmy lub zalecenia postępowania klinicznego opracowuje Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE, National Institute for

³⁹ I.M. Anderson, I.N. Ferrier, R.C. Baldwin, P.J. Cowen, L. Howard, G. Lewis, K. Matthews, R.H. McAllister-Williams, R.C. Peveler, J. Scott, A. Tylee, Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines, *Journal of Psychopharmacology*, 2008; 22: 343–396

⁴⁰ M. Bauer, P.C. Whybrow, J. Angst, M. Versiani, H.-J. Möller, Leczenie depresji w fazie ostrej i w okresie stabilizacji poprawy, *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 2002, I, 11-66

⁴¹ A. Popiel, E. Pragłowska, Psychoterapia poznawczo-behawioralna – praktyka oparta na badaniach empirycznych, *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, tom 2, nr 3, 146–155

⁴² Popiel A., Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Paradygmat, Warszawa 2008

Health and Clinical Excellence)⁴³ w Wielkiej Brytanii lub Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, American Psychological Association)⁴⁴. W większości zaburzeń psychicznych takich jak np.: zaburzenia afektywne, lękowe, obsesyjno-kompulsywne, czy zaburzenia osobowości, obie te instytucje zalecają algorytmy oparte o połączenie terapii poznawczo-behawioralnej z farmakoterapią⁴⁵, przy czym stosowanie leków można rozważać dopiero w przypadku, gdy nasilenie objawów utrudnia dziecku codzienne funkcjonowanie, a inne rodzaje terapii nie przynoszą zadowalających efektów⁴⁶.

Najczęściej stosowanymi u dzieci i młodzieży lekami przeciwdepresyjnymi są leki z grupy inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny (często określane skrótem SSRI), ponieważ są stosunkowo dobrze tolerowane, a działania niepożądane są zwykle niezbyt nasilone i ustępują po kilku, kilkunastu dniach leczenia⁴⁷. W badaniach z zastosowaniem fluoksetyny w dawce 20 mg/d wykazano, iż wydaje się ona być dobrze tolerowana i skuteczna w leczeniu ciężkich zaburzeń depresyjnych (MDD) u dzieci i młodzieży w warunkach ambulatoryjnych⁴⁸. Również badania z zastosowaniem scitalopramu i paroksetyny⁴⁹ wykazały, że są to leki skuteczne i dobrze tolerowane przez młodzież. W umiarkowanej i ciężkiej depresji młodzieży z dobrym efektem w połączeniu z psychoterapią stosowane także były leki przeciwdepresyjne, takie jak bupropion, sertralina i wenlafaksyna⁵⁰.

Program pozwoli na zmniejszenie kosztów społecznych i ekonomicznych w grupie wiekowej stanowiącej istotny element przyszłego rynku pracy. Ponadto działania Programu zapobiegną ewentualnym przyszłym nakładom finansowym publicznego systemu ochrony zdrowia związanym z długoterminową opieką medyczną i leczeniem schorzeń przewlekłych, stanowiących powikłania zdrowotne wynikające z zaburzeń psychicznych, co jest możliwe dzięki planowanemu zakresowi Programu, uwzględniającemu działania profilaktyczne, w tym wczesną identyfikację osób zagrożonych lub chorych, informację i edukację mającą na celu kształtowanie i utrwalanie pozytywnych postaw i nawyków dla wprowadzenia zdrowego modelu życia psychicznego.

3.4. Spójność merytoryczna i organizacyjna

W opinii autorów projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ust. 1 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizowanymi przez ministrów oraz NFZ.

⁴³ National Institute for Clinical Excellence (NICE). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Guideline 22, London 2007

⁴⁴ American Psychiatric Association. Treatment of patients with major depressive disorder. Wyd. 2. Washington, DC 2000.

⁴⁵ A. Popiel, E. Pragłowska, Psychoterapia poznawczo-behawioralna... op. cit.

⁴⁶ Miernik-Jaeschke, I. Namysłowska, Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży. <http://pediatria.mp.pl/choroby/psychiatria/show.html?id=81302>

⁴⁷ ibidem

⁴⁸ Emslie G.J., Heiligenstein J.H., Wagner K.D., Hoog S.L., Ernest D.E., Brown E. et al., Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo -controlled, randomized clinical trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002, 41 (10), 1205–1215

⁴⁹ ibidem

⁵⁰ Keller M.B., Ryan N.D., Strober M., Klein R.G., Kutcher S.P., Birmaher B. et al., : Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001, 40 (7), 762–772.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Edukacja zdrowotna będzie realizowana w przedszkolach oraz szkołach podstawowych w Gminie Pszczyna. Warsztaty psychologiczne realizowane w ramach profilaktyki selektywnej będą odbywały się w szkołach podstawowych w Gminie Pszczyna. Świadczenia specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym, udzielającym świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. O kwalifikacji do programu będzie decydować pedagog szkolny na podstawie indywidualnej oceny pedagogicznej oraz uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej rodzicom zostaną przekazane dane teleadresowe realizatora programu (gabinet psychologa i lekarza psychiatry na terenie Gminy Pszczyna). Wizyty u psychologa i lekarza psychiatry będą umawiane telefonicznie oraz osobiście w siedzibie realizatora.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Organizator dopuszcza zakończenie udziału dziecka w programie na każdym jego etapie na życzenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Rodzic/opiekun prawny:

1) w przypadku ukończenia przez dziecko pełnego cyklu warsztatów psychologicznych i/lub wizyt w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-pedagogicznej:

- zostaje poinformowany o zaobserwowanych przez pedagoga, psychologa lub psychiatrę efektach uczestnictwa dziecka w programie;
- zostaje poinformowany o dalszych sposobach postępowania z dzieckiem celem uniknięcia zaburzeń zdrowia psychicznego lub ich negatywnych konsekwencji;
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 5);
- kończy udział dziecka w programie.

2) w przypadku nie ukończenia przez dziecko pełnego cyklu warsztatów psychologicznych i/lub wizyt w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-pedagogicznej:

- zostaje poinformowany o zaobserwowanych przez pedagoga, psychologa lub psychiatrę efektach uczestnictwa dziecka w programie do obecnego momentu;
- zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie cyklu warsztatów psychologicznych i/lub wizyt w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-pedagogicznej (niska efektywność w związku z przerwaniem działań);
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 5);
- kończy udział dziecka w programie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) wybór osób odpowiedzialnych za realizację programu, zatrudnianych przez koordynatora programu (Urząd Miejski w Pszczynie);
- 2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej oraz wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego kryteria przewidziane przepisami dla realizacji świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w tym szczególnie świadczeń psychologicznych oraz świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży⁵¹.
- 3) podpisanie umowy na realizację programu;
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem:
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - skierowanie zaproszeń do rodziców/opiekunów prawnych;
 - akcja edukacyjna (edukacja zdrowotna dzieci i rodziców);
 - warsztaty psychologiczne realizowane w ramach profilaktyki selektywnej;
 - specjalistyczna opieka psychologiczna lub psychologiczno-psychiatryczna realizowana w ramach profilaktyki wskazującej;
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora.
- 6) ewaluacja:
 - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów,
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety kierowanej do rodziców dzieci z populacji docelowej,
 - analiza efektywności na podstawie wskazanych mierników efektywności;
- 7) przygotowanie sprawozdania z realizacji programu.

⁵¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386]

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miejski w Pszczynie. Realizatorem programu będą podmioty lecznicze spełniające wymogi obowiązujących przepisów. Warsztaty psychologiczne i/lub wizyty w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-pedagogicznej będą realizowane przez wykwalifikowanych pedagogów i specjalistów z zachowaniem wszelkich zasad zapewnienia bezpieczeństwa uczniom/pacjentom. W programie weźmie udział podmiot leczniczy udzielający świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, znajdujący się w Rejestrze Podmiotów Leczniczych lub Rejestrze Praktyk Zawodowych Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Podmiot realizujący Program będzie zobowiązany do podpisania umów na realizację poszczególnych interwencji z pedagogami szkolnymi, psychologami oraz lekarzami specjalistami w dziedzinie psychiatrii. Ponadto realizator będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej prowadzonych działań (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania rodzicom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 5). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty kwartalne (załącznik 3) oraz roczne (załącznik 4), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Działania edukacyjne będą realizowane przez pedagoga, posiadającego dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej

a) Ocena zgłaszalności do programu

- analiza liczby rodziców z populacji docelowej, którzy zgłosili się do realizatora i wzięli udział w edukacji zdrowotnej - prowadzona w 4-miesięcznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 3 (1 września – 31 grudnia, 1 stycznia – 30 kwietnia, 1 maja – 31 sierpnia), corocznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 4 (1 września – 31 sierpnia) oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora;
- analiza liczby dzieci z populacji docelowej, które wzięły udział w programie - prowadzona w 4-miesięcznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 3 (1 września – 31 grudnia, 1 stycznia – 30 kwietnia, 1 maja – 31 sierpnia), corocznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 4 (1 września – 31 sierpnia) oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora;
- analiza liczby dzieci, które uczestniczyły w warsztatach psychologicznych – prowadzona w 4-miesięcznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 3 (1 września – 31 grudnia, 1 stycznia – 30 kwietnia, 1 maja – 31 sierpnia), corocznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 4 (1 września – 31 sierpnia) oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora;
- analiza liczby dzieci, które skorzystały z cyklu wizyt w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-pedagogicznej – prowadzona w 4-miesięcznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 3 (1 września – 31 grudnia, 1 stycznia – 30 kwietnia, 1 maja – 31 sierpnia), corocznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 4 (1 września – 31 sierpnia) oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora;

b) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji pacjenta skierowanej do rodziców (załącznik 5);
- bieżąca analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do koordynatora programu.

2. Ewaluacja programu polityki zdrowotnej

Ocena efektywności programu będzie prowadzona w oparciu o coroczną oraz końcową analizę:

- odsetka populacji docelowej uczestniczącej w poszczególnych interwencjach w programie,
- porównawczą wyników post-testów oraz pre-testów dotyczących wiedzy przekazywanej na spotkaniach z zakresu edukacji zdrowotnej - przeprowadzanych wśród dzieci oraz rodziców,
- liczby rodziców dzieci biorących udział w warsztatach psychologicznych, którzy działania w Programie ocenili jako efektywne w zakresie wsparcia podejmowanych przez nich działań wychowawczych i profilaktycznych,
- liczby dzieci biorących udział w warsztatach, u których obserwacja prowadzona przez psychologa wykazała wzrost umiejętności współpracy, rozwiązywania problemów/konfliktów oraz podejmowania samodzielnych decyzji na skutek prowadzonych w programie działań,

- liczby dzieci biorących udział w warsztatach, u których obserwacja prowadzona przez psychologa wykazała wzrost umiejętności zaspokajania potrzeb psychoemocjonalnych oraz umiejętności radzenia sobie z trudnościami na skutek prowadzonych w programie działań,
- ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

- a) 150 zł - koszt jednostkowy warsztatów z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców dzieci przedszkolnych, obejmujących cykl 6 spotkań w grupie 50-60 osób;
- b) 50 zł - koszt jednostkowy edukacji zdrowotnej dla rodziców dzieci szkolnych w formie 90-minutowego wykładu dla grupy 70-100 osób;
- c) 20 zł - koszt jednostkowy edukacji zdrowotnej dla dzieci szkolnych w formie 45-minutowej pogadanki w ramach godziny wychowawczej;
- d) 60 zł - koszt jednostkowy uczestnictwa jednego dziecka w warsztatach pedagogicznych realizowanych w cyklu 8 spotkań 90-minutowych w kolejnych 8 tygodniach w grupach max. 6-osobowych
- e) 400 zł - koszt jednostkowy uczestnictwa jednego dziecka w cyklu wizyt specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej

2. Koszty całkowite

Tab. I. Koszty całkowite jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników w roku szkolnym 2018/2019

A. Koszty edukacji zdrowotnej*									
Lp.	Populacja docelowa – rodzice dzieci przedszkolnych i szkolnych	Rodzice dzieci przedszkolnych (cykl 6 spotkań w grupie 50-60 osób)	Rodzice dzieci szkolnych (1 spotkanie/szkołę)	Dzieci w klasach I-VIII (1 spotkanie/klasę)					
1	Liczba całkowita	1 000	1 800	4 728					
2	Liczba zaplanowanych spotkań/warsztatów	38	18	142					
3	Koszt zaplanowanych spotkań/warsztatów	150	50	20					
4	Koszt cząstkowy za interwencje w poszczególnych podgrupach docelowych (poz. 2 x poz. 3)	5 700	900	2 840					
5	Koszt całkowity edukacji zdrowotnej (suma z poz. 4)								
									9 440
B. Koszty warsztatów psychologicznych oraz specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychiatricznej									
Lp.	Populacja docelowa – klasa I-VIII SP	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1	Populacja docelowa (rok urodzenia dzieci)	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
2	Liczba całkowita	657**	560	222	875	823	537	472	582
3	Szacunkowa liczba dzieci zakwalifikowanych do udziału w warsztatach psychologicznych (5% z poz. 2)	33	28	11	44	41	27	24	29
4	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci zakwalifikowanych do udziału w warsztatach psychologicznych (60zł x poz. 3)	1 980	1 680	660	2 640	2 460	1 620	1 440	1 740
5	Szacunkowa liczba dzieci zakwalifikowanych do specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychiatricznej (2% z poz. 2)	13	11	5	18	17	11	10	12
6	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci zakwalifikowanych do specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychiatricznej (400zł x poz. 5)	5 200	4 400	2 000	7 200	6 800	4 400	4 000	4 800
7	Koszt cząstkowy w poszczególnych podgrupach docelowych (poz. 4 + poz. 6)	7 180	6 080	2 660	9 840	9 260	6 020	5 440	6 540
8	Koszt całkowity warsztatów psychologicznych oraz specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychiatricznej (suma z poz. 7)								
									53 020

C. Koszty całkowite programu w roku szkolnym 2018/2019	62 460
---	---------------

* koszty edukacji zdrowotnej obejmują koszt opracowania oraz druku ulotek/plakatów

** liczba szacunkowa na podstawie lb dzieci z rocznika 2011, zamieszkujących Gminę Pszczyna w 2016 r. wg danych GUS

Tab. II. Koszty całkowite jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników w roku szkolnym 2019/2020

A. Koszty edukacji zdrowotnej*										
Lp.	Populacja docelowa – rodzice dzieci przedszkolnych i szkolnych	Rodzice dzieci przedszkolnych (cykl 6 spotkań w grupie 50-60 osób zgodnie z załącznikiem 1)		Rodzice dzieci szkolnych (1 spotkanie/szkołę)		Dzieci w klasach I-VIII (1 spotkanie/klasę)				
1	Liczba całkowita	1 000		1 800		4 781				
2	Liczba zaplanowanych spotkań/warsztatów	38		18		142				
3	Koszt zaplanowanych spotkań/warsztatów	150		50		20				
4	Koszt cząstkowy za interwencje w poszczególnych podgrupach docelowych (poz. 2 x poz. 3)	5 700		900		2 840				
5	Koszt całkowity edukacji zdrowotnej (suma z poz. 4)									
B. Koszty warsztatów psychologicznych oraz specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej										
Lp.	Populacja docelowa – klasa I-VIII SP	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
1	Populacja docelowa (rok urodzenia dzieci)	2010	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
2	Liczba całkowita	635**	657**	560	222	875	823	537	472	
3	Szacunkowa liczba dzieci zakwalifikowanych do udziału w warsztatach psychologicznych (5% z poz. 2)	32	33	28	11	44	41	27	24	
4	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci zakwalifikowanych do udziału w warsztatach psychologicznych (60zł x poz. 3)	1920	1 980	1680	660	2640	2460	1620	1440	
5	Szacunkowa liczba dzieci zakwalifikowanych do specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej (2% z poz. 2)	13	13	11	5	18	17	11	10	
6	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci zakwalifikowanych do specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-	5200	5200	4400	2000	7200	6800	4400	4000	

Tab. III. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjno-edukacyjna*	Warsztaty psychologiczne	Specjalistyczna opieka psychologiczna lub psychologiczno-psychiatryczna	Koszt całkowity
2018/2019	9 440	14 220	38 800	62 460
2019/2020	9 440	14 400	39 200	63 040

* koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej, opracowania oraz druku ulotek/plakatów

3. Źródło finansowania, partnerstwo

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Urzędu Miejskiego w Pszczynie.

Gmina Pszczyna będzie starała się o dofinansowanie 40% kosztów części działań realizowanych w programie w roku 2019 przez Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2015 poz. 581] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9]. W przypadku braku uzyskania finansowania Urząd Miejski w Pszczynie zapewni ciągłość finansowania działań realizowanych w programie.

VII. Bibliografia

1. Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004, http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm
2. American Psychiatric Association. Treatment of patients with major depressive disorder. Wyd. 2. Washington, DC 2000.
3. Anderson I.M., Ferrier I.N., Baldwin R.C., Cowen P.J., Howard L., Lewis G., Matthews K., McAllister-Williams R.H., Peveler R.C., Scott J., Tylee A., Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines, *Journal of Psychopharmacology*, 2008; 22: 343-396
4. Bauer M., Whybrow P.C., Angst J., Versiani M., Moller H-J., Leczenie depresji w fazie ostrej i w okresie stabilizacji poprawy, *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 2002, 1, 11-66
5. Bomba J., Modrzejewska R., Pilecki M., Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych – piętnastoletnie badania prospektywne. *Psychiatr Pol.* 2003, 1, 57-69.
6. Emslie G.J., Heiligenstein J.H., Wagner K.D., Hoog S.L., Ernest D.E., Brown E. et al., Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002, 41 (10), 1205-1215
7. Hammen C., *Depresja*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006
8. Informacje Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii [kbpn.gov.pl; dostęp: 30.04.2018r.].
9. Informacje Ministerstwa Edukacji Narodowej [men.gov.pl/zwiekszenie-szans/profilaktyka/profilaktyka.html; dostęp 30.04.2018].
10. Informator o umowach NFZ, aplikacje.nfz.gov.pl [dostęp elektroniczny, 24.04.2017r.].
11. Kalinowska S., Nitsch K., Duda P., Trześniowska-Drukała B., Samochowiec J., Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia, *Annales Academiae Medicae Stetinensis, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2013, 59, 1, 32-36
12. Kalinowska S., Nitsch K., Duda P., Trześniowska-Drukała B., Samochowiec J., Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia, *Annales Academiae Medicae Stetinensis, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2013, 59, 1, 32-36
13. Keller M.B., Ryan N.D., Strober M., Klein R.G., Kutcher S.P., Birmaher B. et al., Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001, 40 (7), 762-772.
14. Kendall P. C. (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
15. Kumpfer K.L., Johnson L., Enhancing positive outcomes for children of substance-abusing parents, *Addiction Medicine*, 2011.
16. Leczenie z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, Śląsk Urząd Wojewódzki w Katowicach, 28.06.2017 [www.katowice.uw.gov.pl/download/373; dostęp: 05.10.2017].
17. Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf, [dostęp: 02.05.2014].
18. Miernik-Jaeschke M., Namysłowska I., Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży. <http://pediatria.mp.pl/choroby/psychiatria/show.html?id=81302> (dostęp z dnia 1.11.2017)
19. Namysłowska I., Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość, *Postępy Nauk Medycznych* 1/2013, s. 4-9
20. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Guideline 22, London 2007
21. Neil A.L., Christensen H., Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety, *Clinical Psychology Review* 29, 2009.
22. Ostaszewski K., Kompendium wiedzy o profilaktyce (w:) Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki, Fundacja ETOH, Warszawa 2010.
23. Ostaszewski K., Standardy profilaktyki, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2016.
24. Popiel A., Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Paradygmat, Warszawa 2008
25. Popiel A., Pragłowska E., Psychoterapia poznawczo-behawioralna — praktyka oparta na badaniach empirycznych, *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, tom 2, nr 3, 146-155

26. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 30.06.2016.
27. Rabe-Jabłońska J., Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Psychiatria dzieci i młodzieży. Ed. I. Namysłowska. PZWL, Warszawa 2004, 117
28. Raport WHO z 2001 r. „Zdrowie psychiczne, nowe rozumienie, nowa nadzieja”.
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126]
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386]
31. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].
32. Stein D.J., Hollander E. Współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych. Via Medica, Gdańsk 2004.
33. Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020, Zał. do uchwały nr 2406/290 /iv/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 października 2013 r.
34. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team: Fluoxetine, cognitive - behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. JAMA. 2004, 292, 807.
35. Turno M., Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu, http://www.bc.ore.edu.pl/Content/193/02ore_depresja.pdf (dostęp z dnia 17.10.2017)
36. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [Dz.U. 2017 poz. 882 z późn. zm.]
37. Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020
38. Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 [Dz.U. 2017 poz. 458].

PRZEWODNICZĄCY RADY


Leszek Szczęcha

Załącznik 1

Karta udziału dziecka w warsztatach psychologicznych realizowanych w „Programie ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna”

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:
imię i nazwisko

II. Dane uczestnika programu

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / / (dzień/miesiąc/rok)
Nr PESEL*		

III. Zgoda na udział dziecka w warsztatach psychologicznych

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w warsztatach psychologicznych** realizowanych w szkole w godzinach pozalekcyjnych zgodnie z harmonogramem przekazanym przez pedagoga szkolnego

.....
 (data i podpis rodzica/opiekuna)

IV. Potwierdzenie udziału dziecka w warsztatach psychologicznych

Lp.	Temat spotkania	Data	Podpis rodzica	Podpis pedagoga
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

V. Kwalifikacja do cyklu wizyt w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-pedagogicznej

Nie ☐ Tak ☐

Wskazania:

.....

.....

.....
 (data i podpis pedagoga)

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Załącznik 2

Karta udziału dziecka w cyklu wizyt specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej w „Programie ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna”

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:

imię i nazwisko

II. Dane uczestnika programu

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / / (dzień/miesiąc/rok)
Nr PESEL*		

III. Zgoda na udział dziecka w cyklu wizyt specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na udział mojego dziecka** w cyklu wizyt specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)

IV. Potwierdzenie I wizyty u psychologa

Data	Kwalifikacja do cyklu wg zaleconego schematu*	Podpis rodzica	Podpis psychologa
	8P / 5P+2KP		

* właściwe podkreślić (8P – cykl 8 wizyt u psychologa, w tym pierwsza wizyta; 5P+2KP – cykl 5 wizyt u psychologa, w tym pierwsza wizyta i 2 konsultacje psychiatryczne)

V. Potwierdzenie cyklu wizyt w ramach opieki specjalistycznej

Lp.	Rodzaj wizyty	Data	Podpis rodzica	Podpis psychologa/lekarza psychiatry
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Sprawozdanie okresowe realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Miejski w Pszczynie
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba wykonanych interwencji wśród rodziców dzieci przedszkolnych	Liczba rodziców dzieci przedszkolnych uczestniczących w interwencjach	Liczba wykonanych interwencji wśród rodziców dzieci szkolnych	Liczba rodziców dzieci szkolnych uczestniczących w interwencjach

Liczba wykonanych interwencji wśród dzieci szkolnych	Liczba dzieci szkolnych uczestniczących w interwencjach

II. Warsztaty psychologiczne

Liczba prowadzonych warsztatów	Liczba spotkań zrealizowanych w ramach prowadzonych warsztatów	Liczba dzieci uczestniczących w warsztatach

III. Wizyty w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej

Liczba wizyt u psychologa zrealizowanych w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej	Liczba wizyt u lekarza psychiatry zrealizowanych w ramach specjalistycznej opieki psychologiczno-psychiatrycznej	Liczba dzieci uczestniczących w cyklu wizyt w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej	Liczba dzieci uczestniczących w cyklu wizyt w ramach specjalistycznej opieki psychologiczno-psychiatrycznej

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Sprawozdanie roczne realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Miejski w Pszczynie
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba wykonanych interwencji wśród rodziców dzieci przedszkolnych	Liczba rodziców dzieci przedszkolnych uczestniczących w interwencjach	Liczba wykonanych interwencji wśród rodziców dzieci szkolnych	Liczba rodziców dzieci szkolnych uczestniczących w interwencjach

Liczba wykonanych interwencji wśród dzieci szkolnych	Liczba dzieci szkolnych uczestniczących w interwencjach

II. Warsztaty psychologiczne

Liczba prowadzonych warsztatów	Liczba spotkań zrealizowanych w ramach prowadzonych warsztatów	Liczba dzieci uczestniczących w warsztatach

III. Wizyty w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej

Liczba wizyt u psychologa zrealizowanych w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej	Liczba wizyt u lekarza psychiatry zrealizowanych w ramach specjalistycznej opieki psychologiczno-psychiatrycznej	Liczba dzieci uczestniczących w cyklu wizyt w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej	Liczba dzieci uczestniczących w cyklu wizyt w ramach specjalistycznej opieki psychologiczno-psychiatrycznej

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 5

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka uczestniczącego w „Programie ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna”

I. Ocena sposobu umówienia terminu wizyty

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość specjalisty?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
sposób przekazania informacji nt. problemów zdrowotnych dziecka?					
sposób przekazania informacji nt. problemów zdrowotnych samemu dziecku?					

II. Ocena wizyty u specjalisty (psychologa/lekarza psychiatry)

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetu?					

III. Ocena warunków panujących w gabinecie

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

**UCHWAŁA NR XLVIII/550/18
RADY MIEJSKIEJ W PSZCZYNIE**

z dnia 21 czerwca 2018 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej "Program ochrony zdrowia
psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna na lata 2018-2020"**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 roku, poz. 994 z późn. zm.) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 roku, poz. 1938 z późn. zm.)

Rada Miejska w Pszczynie uchwala, co następuje:

- § 1.** Przyjmuje się program polityki zdrowotnej "Program ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna na lata 2018-2020" stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.
- § 2.** Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Pszczyny.
- § 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady


Leszek Szczotka

Uzasadnienie

Zgodnie z obowiązującymi przepisami określonymi w ustawie o samorządzie gminnym do zadań gminy należy realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi, że jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej.

Opracowany program pod nazwą "Program ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w gminie Pszczyna na lata 2018-2020" jest odpowiedzią na potrzeby zgłaszane przez środowiska pedagogiczne, rodziców oraz pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej. Jego głównym celem jest zmniejszenie rozpowszechniania zaburzeń zdrowia psychicznego oraz negatywnych konsekwencji wśród dzieci i młodzieży poprzez rozwijanie u nich kompetencji psychospołecznych oraz zwiększanie dostępu do specjalistycznej opieki psychologicznej i psychiatrycznej.

Zasadność jego realizacji została potwierdzona pozytywną opinią Wojewody Śląskiego nr ZDVIa.966.4.83.2017 z dnia 14 października 2017 roku oraz Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 58/2018 z dnia 29 marca 2018 roku.

Przewodniczący Rady



Leszek Szczotka

