



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 203 z dnia 24 września 2012 r.**  
**o projekcie programu zdrowotnego „Śląski Program Ochrony**  
**Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015” województwa Śląskiego**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Śląski program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2011-2015”.

**Uzasadnienie**

W ocenie Agencji, program zdrowotny jest nieprecyzyjnie zdefiniowany (dotyczy szeroko pojętego „zdrowia psychicznego”), bez szczegółowego określenia priorytetów w tym zakresie na terenie jednostki samorządu terytorialnego. Sugeruje się przeprowadzenie lokalnego rozpoznania potrzeb, aby można było określić konkretne problemy z zakresu zdrowia psychicznego, wymagające adekwatnych działań. Głównym niedostatkim programu jest brak informacji o budżecie, zwłaszcza o kosztach jednostkowych, przy podaniu jedynie hipotetycznych źródeł finansowania. Brak jest również oceny skuteczności programu.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego województwa śląskiego w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Za cele główne programu uznano promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, tworzenie systemów informacji koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego oraz współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, celem propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacji na terenie województwa europejskich standardów opieki psychiatrycznej. Programem mają zostać objęci wszyscy mieszkańcy regionu śląskiego (ponad 4,6 mln osób). Program ma być/jest realizowany w latach 2011-2015. Przedstawiono szacunkowy budżet Programu z podziałem na poszczególne jego cele (ogółem 82 mln zł na lata 2011-2015), jednak nie podano szczegółowego kosztorysu ze wskazaniem kosztów jednostkowych realizacji programu.

**Problem zdrowotny**

Programy z zakresu ochrony zdrowia psychicznego należą do grupy programów, w których trudno jest zdefiniować jeden konkretny problem zdrowotny, gdyż nakierowane są przede wszystkim na zaburzenia psychiczne bez wskazania, których konkretnie problemów zdrowotnych dotyczą. Unia Europejska wskazuje na depresję i samobójstwa jako najistotniejsze problemy zdrowotne występujące w ostatnich latach coraz częściej w państwach członkowskich Unii.



## **Alternatywne świadczenia**

Brak jest świadczeń alternatywnych. Programy ochrony zdrowia psychicznego wchodzą w zakres Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, ich realizacja jest obligatoryjna. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. A wydane na podstawie ww. ustawy Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego określiło strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

## **Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję**

### Promocja/strategia ochrony zdrowia psychicznego

Według zaleceń Radboud University Nijmegen, każdy kraj powinien opracować i zrealizować wszechstronny plan działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, który byłby głównym mechanizmem promowania zdrowia psychicznego, redukcji kosztów zdrowotnych i ekonomicznych związanych z zaburzeniami psychicznymi oraz wzmacniania więzi społecznych. W planach działania należy zwrócić uwagę na dziesięć obszarów działania (wspieranie rodzicielstwa i pierwszych lat życia, promowanie zdrowia psychicznego w szkołach, promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy, wspieranie zdrowego psychicznie starzenia się, zajmowanie się grupami zagrożonymi zaburzeniami psychicznymi, zapobieganie depresji i samobójstwom, zapobieganie przemocy i szkodliwemu używaniu substancji psychoaktywnych, zaangażowanie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zmniejszenie upośledzenia społecznego i zapobieganie stygmatyzacji, nawiązanie współpracy z innymi sektorami) i pięć wspólnych zasad (pogłębianie wiedzy o zdrowiu psychicznym, wspieranie efektywnego wdrażania, rozwijanie kompetencji i szkolenie pracowników, włączanie do działania różnych podmiotów, ewaluacja wpływu polityki i programu).

Zielona Księga przyjęta przez Unię Europejską w 2005 r. proponuje ustanowienie wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego obejmującej: stworzenie ram dla wymiany i współpracy pomiędzy Państwami Członkowskimi, pomoc w zwiększeniu spójności działań w sektorach związanych z polityką zdrowotną i innymi politykami w Państwach Członkowskich oraz na poziomie Wspólnoty oraz umożliwienie szerszym kręgom zainteresowanych stron zaangażowania się w opracowywanie rozwiązań.

W trakcie konferencji Unii Europejskiej w czerwcu 2008 r. „Europejski Pakt na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego” podkreślono, że do przezwyciężenia problemów zdrowia psychicznego w krajach członkowskich mogą przyczynić się dodatkowe działania i wspólne akcje na poziomie Unii Europejskiej odnośnie ochrony zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego wśród ludności, wzmacnianie działań zapobiegawczych i samopomocy oraz pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom; tego typu akcje stanowią uzupełnienie działań podejmowanych przez kraje członkowskie Unii Europejskiej w zakresie służby zdrowia i systemu opieki społecznej. Wezwano do podjęcia działań w pięciu priorytetowych obszarach tematycznych: I. Zapobieganie depresji i samobójstwom, II. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży uczącej się, III. Zdrowie psychiczne

w miejscu pracy, IV. Zdrowie psychiczne osób starszych, V. Walka ze stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym.

#### Profilaktyka zaburzeń psychicznych

Zapobieganie poprzez wczesną interwencję jest najlepiej zbadaną formą prewencji zaburzeń psychicznych, w szczególności w odniesieniu do schizofrenii. W wielu badaniach wykazano wysoką skuteczność stosowania farmakoterapii w połączeniu z terapią poznawczo-behawioralną. Strategie, które uczą młodych ludzi radzenia sobie ze stresem i zapewniania sobie wsparcia społecznego, były skuteczne w zapobieganiu zaburzeniom nastroju i zaburzeniom lękowym. Nie odnaleziono wystarczających dowodów do wykazania, że pierwotna profilaktyka może opóźnić pojawienie się choroby psychicznej. Zalecane są badania dotyczące etiologii chorób psychicznych, w celu ułatwienia rozwoju dodatkowych podstawowych form zapobiegania zaburzeniom. Wysiłki te mogą przyczynić się do realokacji zasobów oraz wprowadzenia polityki publicznej, które ograniczyłyby negatywne skutki chorób psychicznych dla społeczeństwa.

Choroby psychiczne o wczesnym początku (w dzieciństwie) mogą się utrzymywać przez cały okres życia. Skuteczne programy profilaktyczne skierowane do dzieci mają szczególne znaczenie. Stwierdzono największą skuteczność działań zapobiegających zaburzeniom lękowym, zaburzeniom odżywiania, nadużywaniu substancji psychoaktywnych, destrukcyjnym zaburzeniom zachowania, samobójstwom. Nie wykazano skuteczności programów w zapobieganiu deficytom uwagi, zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) ani wczesnym początkom schizofrenii. Autorzy wnioskuje, że interwencja prewencyjna może być skuteczna w przypadku niektórych zaburzeń. Szczególnie zasadne wydaje się promowanie pozytywnego rozwoju u dzieci w każdym wieku w środowiskach wysokiego ryzyka. Konieczne są dodatkowe badania w celu określenia roli i wiarygodności różnych strategii prewencyjnych.

Skuteczne strategie zapobiegania zaburzeniom psychicznym u osób starszych zidentyfikowano w badaniach dotyczących zaburzeń depresyjnych i samobójstw. W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej, demencji, schizofrenii geriatrycznej nie ma dostatecznej ilości badań. Autorzy dochodzą do wniosku, że skuteczne strategie prewencyjne to: modyfikacja czynników ryzyka, zdrowy styl życia, który obejmuje zdrową dietę, ćwiczenia, socjalizację, edukację. Inżynieria genetyczna i terapie szczepionkowe mogą otwierać nowe możliwości dla profilaktyki wielu chorób psychicznych w najbliższej przyszłości.

#### Poprawa jakości opieki psychiatrycznej

Zalecenia ws. opieki psychiatrycznej są następujące: dostosowanie polityki i ustawodawstwa, zwiększenie zaangażowania kluczowych partnerów, ustalenie zasad finansowania opieki psychiatrycznej (powinny być nastawione na maksymalizację efektywności usług oraz uwzględnianie celów politycznych), określenie środków potrzebnych na realizację, promowanie interwencji opartych na dowodach, opracowanie norm jakości oraz procedur akredytacyjnych. Poprawa jakości powinna doprowadzić do rutynowego zarządzania usługami. Poprzez systematyczne podejście do poprawy jakości możliwe jest zapewnienie najlepszych możliwych interwencji.

#### Ośrodki pobytu dziennego

Obecnie, nierandomizowane badania porównawcze dają sprzeczne wyniki odnośnie roli ośrodków dziennego pobytu oraz klinicznych i społecznych potrzeb, jakie są w stanie spełnić. Według autorów najlepszym rozwiązaniem jest pozostawić możliwość wyboru (co do typu

ośrodka) osobom z poważnymi chorobami psychicznymi i ich opiekunom. Istnieje wyraźna potrzeba randomizacji prób do badania ośrodków pobytu dziennego w porównaniu z innymi formami opieki. Nie istnieją dobre dowody na temat skuteczności ośrodków pobytu dziennego w leczeniu poważnych zaburzeń psychicznych. Jeśli wybór pomiędzy obiektami jest możliwy, decyzja powinna się opierać na doświadczeniu osób sprawujących opiekę nad chorymi i dowodów zebranych na podstawie badań przeprowadzonych bez randomizacji.

#### Model zintegrowanej opieki psychiatrycznej

Wyniki pokazały, że zintegrowane modele opieki psychiatrycznej okazały się bardziej skuteczne (w porównaniu do innych modeli), przynosiły dobre wyniki zdrowotne, zarówno psychiczne jak i fizyczne. W niektórych sytuacjach klinicznych poprawiły funkcjonowanie społeczne, samodzielność osób chorych. Inne korzyści, jakie według badań wiążą się z wprowadzeniem zintegrowanych modeli opieki psychiatrycznej: obniżona hospitalizacja osób chorych psychicznie, większa akceptacja interwencji terapeutycznych przez pacjentów, lepszy dostęp do opieki specjalistycznej, większe zaangażowanie osób chorych. Autorzy dokonali ograniczonej oceny ekonomicznej. Wykazano, że model oparty na współpracy w opiece psychiatrycznej zmniejsza koszty obsługi pacjentów, zwiększa oszczędności. Niemniej wyniki te nie są widoczne we wszystkich badanych grupach. Zyski wymagają zaangażowania osób dostarczających usług opieki, starannego zaprojektowania interwencji i ich konsekwentnego stosowania. Skuteczne modele wymagają uwagi na wielu poziomach: od organizacyjnych do poszczególnych lekarzy oraz kompleksowej obsługi. Powinno się zadbać o ciągłość i kompleksowość usług. Zgodnie z oczekiwaniami, nie zidentyfikowano jednego, uniwersalnego modelu. Zintegrowana opieka psychiatryczna powinna być wdrażana po wykonaniu lokalnej próby, z uwzględnieniem charakterystyki konkretnej populacji.

Dane pokazują, że umieszczenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w placówkach opieki psychiatrycznej poprawia utrzymanie zdrowia, koordynację opieki i zadowolenie z niepsychiatrycznych usług opieki. Przyszłe badania powinny objąć również koszty szkolenia lekarzy podstawowej opieki, powinno się zbadać, czy zintegrowany model opieki jest bardziej skuteczny w konkretnych populacjach np. chorych ze schizofrenią.

#### Model długoterminowej opieki psychiatrycznej

Duży odsetek osób z problemami zdrowia psychicznego wymaga długoterminowej opieki w zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie opieki społecznej. Nie istnieją uzgodnione na międzynarodowym szczeblu standardy jakości opieki instytucjonalnej i nie ma wspólnej metody oceny standardów opieki w poszczególnych krajach.

Zidentyfikowano osiem aspektów opieki instytucjonalnej kluczowych dla wyleczenia pacjentów: warunki życia w ośrodku, powściągliwość personelu, zagwarantowanie pacjentowi możliwości odosobnienia, szkolenie personelu, wsparcie, relacja terapeutyczna, autonomia i zaangażowanie pacjentów, zarządzanie kliniczne. Dowody były najsilniejsze w przypadku leczenia schizofrenii (psychoedukacja rodziny, terapia poznawczo-behawioralna, rehabilitacja zawodowa). Instytucje powinny być oparte na współpracy, elastyczne. Istotna jest niskie zagęszczenie mieszkańców instytucji i maksymalizacja ich prywatności. Dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii powinno się zaprogramować interwencje takie jak: psychoedukacja rodziny, terapia poznawczo-behawioralna, rehabilitacja zawodowa. Powściągliwość personelu i odosobnienie pacjenta to elementy leczenia, których należy unikać dla zwiększenia efektów. Pracownicy powinni przejść odpowiednie szkolenia. Personel powinien wspierać pacjentów w podejmowaniu decyzji odnośnie terapii, należy zapewnić regularny nadzór nad personelem. Należy kontrolować

stan zdrowia (somatyczny) pacjentów poprzez regularne badania przesiewowe. Powinny być ustalone jasne zasady zarządzania, które zapewnią przestrzeganie wytycznych opartych na dowodach.

ICM (Intensive Case Management) – jeden z modeli długoterminowej opieki dla osób ciężko chorych psychicznie, którzy nie wymagają natychmiastowego przyjęcia na oddział, polega na intensywnym zarządzaniu przypadkami. Jest to model skuteczny w łagodzeniu wielu objawów ciężkich zaburzeń psychicznych. W porównaniu do standardowej opieki pacjenci korzystający z ICM mieli krótszy okres hospitalizacji, większą poprawę w funkcjonowaniu społecznym. Efekt w zakresie poprawy stanu psychicznego i jakości życia nie został wykazany.

#### Rehabilitacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Wskaźnik bezrobocia wśród osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi jest wysoki, ale badania pokazują, że większość z nich chce pracować. Stosuje się różne formy rehabilitacji zawodowej w stosunku do tych osób, aby pomóc im odnaleźć pracę. Zauważono, że zatrudnienie wspomaganie było znacznie skuteczniejsze od wstępnego kształcenia zawodowego. Klienci zatrudnienia wspomaganego zarabiali więcej i pracowali więcej godzin w ciągu miesiąca. Zatrudnienie wspomaganie jest bardziej skuteczne w uzyskaniu konkurencyjnej pracy niż wstępne kształcenie zawodowe.

Wysoki poziom bezrobocia wśród osób z zaburzeniami psychicznymi to przejaw dysfunkcji społeczeństwa. Istnieją metody rehabilitacji zawodowej osób z poważnymi chorobami psychicznymi, które zmniejszają negatywne skutki tego zjawiska. IPS (individual placement and support) to model indywidualnego stażu i wsparcia, który wykazuje skuteczność w przywracaniu osób z problemami zdrowia psychicznego do konkurencyjnego zatrudnienia. Istnieją dowody na to, że interwencje wysokiej zgodności z IPS zwiększają odsetek pacjentów uczestniczących w szkoleniach i ich zatrudnienie (obserwacja 6-18 miesięcy). Potrzebne są dalsze badania w celu poprawy poziomu wiedzy naukowej w odniesieniu do IPS.

Wyniki metaanalizy wykazały, że pracownicy z typowymi zaburzeniami psychicznymi doświadczają wielu przeszkód podczas powrotu do pracy, związanych z: cechami ich osobowości, brakiem wsparcia społecznego, ograniczeniami systemów socjalnych i rehabilitacyjnych. Pracownikom trudno było zdecydować, kiedy byli gotowi do powrotu do pracy. Badania pokazały, że proces powrotu do pracy powinien być spójny i ciągły. Metaanaliza pokazała, że brak jest koordynacji między systemami społecznymi a rehabilitacyjnymi. Potrzebna jest zmiana we wprowadzaniu interwencji w kierunku większej koordynacji.

#### Dyskryminacja i stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi

Osoby chore psychicznie często są dyskryminowane w środowisku, w którym żyją. Istnieje potrzeba zmniejszenia stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi i zwiększenia świadomości odnośnie zdrowia psychicznego. Działania w kierunku zmniejszenia negatywnych postaw wobec osób chorych psychicznie mogą pomóc w zapobieganiu ich wykluczeniu społecznemu oraz ułatwić korzystanie z opieki w ochronie zdrowia psychicznego. Większość badań nie wskazywała na zmiany w zachowaniach wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Najbardziej skuteczną interwencją edukacyjną okazało się zainicjowanie bezpośredniego spotkania z osobą chorą. Kontakt wydaje się być kluczem do zmniejszenia stygmatyzacji. Skuteczność elementów edukacji opartych na filmach jest dyskusyjna. Pomimo wykazania pozytywnych efektów każdej interwencji, ich długofalowe skutki są nadal niejasne. Dalsze badania powinny obejmować pomiar rzeczywistej zmiany zachowania.

Badania wykazały następujące trendy pozytywne: w piśmiennictwie nasila się tendencja do ukazywania biologicznych modeli zaburzeń psychicznych, rośnie akceptacja profesjonalnej pomocy dla osób chorych psychicznie. Zmiany negatywne zostały wykazane w odniesieniu do postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat biologicznych korelatów chorób psychicznych nie prowadzi do zwiększenia akceptacji społecznej osób chorych.

#### Przemoc u osób z zaburzeniami psychicznymi

Szacuje się, że przemoc jest przyczyną zgonów 1,6 mln ludzi na świecie każdego roku. Napaści, które doprowadzają do śmierci ofiar stanowią tylko ułamek wszystkich ataków. Problem ma poważne konsekwencje tak dla jednostki, jak i dla całego społeczeństwa. W celu rozwiązania tego problemu i zapobiegania przejawom przemocy opracowuje się interwencje farmakologiczne, psychospołeczne i organizacyjne. Efekty działań były pozytywne w przypadku interwencji psychologicznych i farmakologicznych. Prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnych efektów interwencji było większe w przypadku zastosowania interwencji u osób z zaburzeniami psychicznymi.

#### Wnioski z oceny programu zdrowotnego województwa śląskiego

Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Działania określone w NPOZP należą do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin. Należą do nich przede wszystkim: promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym. Autorzy projektu informują na początku dokumentu, że „Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015” jest realizacją wytycznych określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, które podkreślają znaczenie upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a także głównych założeń zawartych w Raporcie WHO pt. „Zdrowie Psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja” oraz Rezolucji Komitetu Wykonawczego Światowej Organizacji Zdrowia pt. „Umocnienie zdrowia psychicznego”. Program jest dokumentem wieloletnim, obejmującym zasięgiem obszar województwa śląskiego w jego granicach administracyjnych, zawiera omówienie podstaw prawnych, odnoszących się do problematyki zdrowia psychicznego, przedstawia sytuację epidemiologiczną w województwie śląskim oraz stan zasobów psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej regionu, definiuje cele programowe, okres ich realizacji przypadający na lata 2011-2015, a także określa regionalny model opieki psychiatrycznej. Program jest instrumentem realizacji wojewódzkiej strategii działań w obszarze zdrowia psychicznego. Zadaniem jego jest zapobieganie zagrożeniom życia psychicznego i unowocześnienie leczenia psychiatrycznego województwa śląskiego”.

W projekcie programu nie w pełni zdefiniowany jest problem zdrowotny. W programie nie sprecyzowano, których konkretnie zaburzeń zdrowotnych dotyczy. Programem mają zostać objęci mieszkańcy regionu śląskiego. Zgodnie z danymi przedstawionymi przez autorów projektu (dane te pokrywają się z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), stan na 2009 r.), województwo śląskie zamieszkiwało ponad 4,6 mln osób (wg danych GUS w roku 2011 było to 4 626 357 osób).

Część zaplanowanych do realizacji zadań obejmuje działania z zakresu opieki społecznej, bądź porusza kwestie organizacyjne w opiece zdrowotnej. Jak podkreślają autorzy projektu „Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 przedstawia strategię

działań, mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego ludności województwa, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskiego otoczenia oraz zapewnienie dostępności do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej”.

Jak podają autorzy projektu programu do celów głównych programu należą: 1) promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, 2) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, 3) kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego, 4) współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, celem propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacji na terenie województwa europejskich standardów opieki psychiatrycznej. Zadaniem programu jest zapobieganie zagrożeniom zdrowia psychicznego (zaburzeniom psychicznym) oraz unowocześnienie leczenia psychiatrycznego, poprzez upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi, skoordynowanie różnych form opieki i pomocy). Program ten stanowić będzie skuteczny sposób wsparcia jednostek samorządu terytorialnego w procesie tworzenia i modernizacji psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej.

Projekt programu przewiduje przeprowadzenie kampanii informacyjnej, co umożliwi dotarcie do grup potencjalnych odbiorców z informacją o założeniach i możliwościach realizacji Programu. Planowane jest zaangażowanie mediów lokalnych (prasa, radio, telewizja), utworzona zostanie specjalnie w tym celu strona internetowa poświęcona Programowi. Zakłada się opracowanie materiałów informacyjnych, promujących Program (plakaty, foldery, poradniki, broszury), dostosowanych tematycznie do odpowiednich grup odbiorców. Dla realizatorów Programu zorganizowane zostaną konferencje i szkolenia w celu omówienia wszystkich kwestii związanych z wdrażaniem i jego realizacją.

Projekt programu zawiera szczegółowe informacje na temat planowanych form monitorowania i ewaluacji podjętych działań.

Przedstawiono szacunkowy budżet Programu z podziałem na poszczególne jego cele (ogółem 82 mln zł na lata 2011-2015), nie podając szczegółowego kosztorysu z wyszczególnieniem kosztów jednostkowych. Jak zaznaczono, „wysokość wydatków przeznaczonych na realizację Programu możliwa będzie do określenia po zakończeniu procesu uzgodnień z podmiotami biorącymi udział w jego realizacji oraz po przekazaniu przez nich informacji o planowanych działaniach i związanych z nimi wydatkach”.

#### **Dodatkowe uwagi**

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu nr AOTM-OT-441-230/2011, „Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015” realizowany przez województwo Śląskie (ocena projektu programu), Warszawa, wrzesień 2012 i aneksu „Programy zdrowotne z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny (ocena projektów programów zdrowotnych), Aneks do raportów szczegółowych”, Warszawa, wrzesień 2012.