Standard organizacyjny

opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego

założenia projektu

Biblioteka Biura ds. pilotażu NPOZP – Zeszyt 1

Biuro ds. pilotażu
Narodowego Programu
Ochrony Zdrowia Psychicznego

STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI ZDROWOTNEJ W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO – ZAŁOŻENIA PROJEKTU

Warszawa, 29 grudnia 2020

Przedkładany projekt założeń standardu organizacyjnego centrum zdrowia psychicznego jest ważnym dokumentem zapraszającym do dyskusji nad przyszłością psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a szerzej – systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Projekt gromadzi w jednej propozycji nadzieje i oczekiwania zgłaszane od lat przez osoby poszukujące pomocy z powodu kryzysów zdrowia psychicznego, doświadczenia i wiedzę specjalistów zaangażowanych w świadczenie takiej pomocy, świadomość wielu niedoborów i zapóźnień cechujących aktualną, publiczną ofertę prewencji zdrowia psychicznego oraz terapii i rehabilitacji jego zaburzeń. Jego celem jest torowanie drogi systemowej zmianie polegającej na ewolucyjnym przejściu od pomocy azylowej, która wyklucza społecznie, zwalnia z realnej współodpowiedzialności i często dehumanizuje swych interesariuszy, do pomocy środowiskowej, która odnajdując w kryzysach zdrowia psychicznego znaki człowieczeństwa, angażuje odpowiedzialność lokalnych wspólnot społecznych, mobilizując ich zasoby w celu przywracania potrzebującym właściwej pomocy i uczestnictwa.

Projekt czerpie z dobrych doświadczeń wielu krajów, które pokonywały tę drogę w ostatnim półwieczu. Uwzględnia świadomość popełnionych przy tym błędów, których się wystrzega. Bardzo ważnym źródłem proponowanych rozwiązań są praktyczne doświadczenia programu pilotażowego centrów zdrowia psychicznego toczącego się w Polsce od roku 2018 r., rosnąca świadomość wartości podjętych działań, ale również wielu jeszcze oddziałujących barier mentalnych i instytucjonalnych. Obserwując ten proces z bliska i bezpośrednio, odnoszę wrażenie, że stopniowo ożywia on jakże daleko zepchnięte i nieśmiało wyrażane oczekiwania potrzebujących pomocy, ale także oswaja z nową perspektywą środowiska profesjonalne, opiniotwórcze i polityczne.

Wszystkim nam potrzeba odważnej i wytrwałej wyobraźni, by sensownie uporządkować i upowszechnić nowe rozwiązania, a poszukującym i potrzebującym udostępnić realną pomoc, oddalając skutki wyuczonej bezradności w postaci utraty nadziei i autonomii, narastania rozpaczy i nieodwracalnej rezygnacji.

Zachęcam do lektury, refleksji i współdziałania.

Prof. Jacek Wciórka
Przewodniczący Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia

Reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce umożliwiająca rozwój psychiatrii środowiskowej mająca na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, jest jednym z priorytetowych działań Ministerstwa Zdrowia. Wdrażanie modelu psychiatrii środowiskowej w oparciu o program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego stanowi realizację strategicznego dokumentu kierunkowego jakim jest rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Opracowanie założeń standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej jest niezwykle istotnym krokiem w kierunku upowszechnienia modelu centrów zdrowia psychicznego. Bardzo ważnym etapem opracowywania przedmiotowego dokumentu była jego konsultacja z wiodącymi towarzystwami naukowymi w dziedzinie psychiatrii. Umożliwiło to wypracowanie odpowiednich założeń zgodnie z najlepszą wiedzą z zakresu organizacji opieki zdrowotnej w centrach zdrowia psychicznego.

Pragnę wyrazić przekonanie, iż wdrożenie poszczególnych rozwiązań zawartych w dokumencie w już funkcjonujących centrach zdrowia psychicznego pozwoli na zagwarantowanie jednolicie wysokiego poziomu opieki oraz umożliwi jego ewentualne dopracowanie w kontekście doświadczenia poszczególnych centrów zdrowia psychicznego w realizacji kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Słowo wstępne

„Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w centrum zdrowia psychicznego – założenia projektu" został opracowany przez Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego[1] na zlecenie Ministerstwa Zdrowia zgodnie z umową z dnia 12 marca 2020 r. zawartą z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie[2]. Przygotowanie standardu jest zadaniem wynikającym z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (NPOZP)[3]. Podstawowym celem standardu jest zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w centrach zdrowia psychicznego.

Prezentowane założenia były konsultowane z przedstawicielami pilotażowych centrów zdrowia psychicznego oraz Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym i Polskim Towarzystwem Psychologicznym w listopadzie i grudniu 2020 r. Powstały w wyniku tych konsultacji dokument powinien być poddany dalszym pracom i konsultacjom w ciągu 2021 r. Ich zakończeniem będzie opracowanie projektu rozporządzenia.

Niektóre z proponowanych rozwiązań wymagają zmian na poziomie ustawowym. Pociąga to za sobą konieczność uchwalenia w pierwszej kolejności odpowiednich nowelizacji ustaw, po których dopiero mogłoby nastąpić określenie standardu w formie rozporządzenia w proponowanym kształcie.

Do założeń w formie aneksu zostały włączone opracowane przez prof. Marka Krzystanka „Rekomendacje dot. stworzenia telemedycznego systemu CZP". Stanowią one ważne uzupełnienie założeń dotyczące wykorzystania nowoczesnej technologii cyfrowej do zdalnego świadczenia usług medycznych w wirtualnej przestrzeni Internetu przy użyciu platform internetowych i poprzez aplikacje zainstalowane w różnych urządzeniach elektronicznych oraz innych zastosowań w CZP.

Wejście w życie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w centrum zdrowia psychicznego powinno nastąpić jeszcze przed zakończeniem programu pilotażowego, tj. do końca 2022 r.

Marek Balicki
Kierownik Biura ds. pilotażu
Narodowego Programu Ochrony
Zdrowia Psychicznego

1 Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zostało powołane Zarządzeniem nr 58/2017 z dnia 2 listopada 2017 r. Dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN). Biuro ds. pilotażu jest wyodrębnioną wewnętrzną komórką organizacyjną działającą w ramach Zakładu Zdrowia Publicznego IPiN.

2 Umowa nr ZPP.743.28.2020 z dnia 12 marca 2020 r. zawarta pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Miodowa 15, a Instytutem Psychiatrii i Neurologii z siedzibą w Warszawie przy ul. Sobieskiego 9 na okres od dnia zawarcia umowy do dnia 31 grudnia 2020 r. Do umowy zostały zawarte trzy aneksy.

3 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458).

SPIS TREŚCI

1 **Wprowadzenie** 12

2 **Słowniczek** 17

3 **Organizacja, formy pomocy i struktura CZP** 24

4 **Pomoc czynna** 31

5 **Personel CZP** 35

6 **Dodatkowe warunki dotyczące pomieszczeń CZP** 38

7 **Kierowanie CZP** 40

8 **Oddział psychiatryczny (całodobowy) i pomoc doraźna** 43

9 **Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowy** 47

10 **Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK)** 49

11 **Koordynatorzy opieki** 54

12 **Asystenci zdrowienia** 58

13 **Plan terapii i zdrowienia** 60

Załączniki 62

Aneks 70

Rekomendacje dotyczące stworzenia telemedycznego systemu CZP 71

Przegląd badań telemedycznych z obszaru telepsychiatrii 81

1

Wprowadzenie

1.1. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Minister określając standardy kieruje się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.[1]

1.2. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym także właściwych struktur organizacyjnych i procedur, lecz już nie stricte medycznej strony działania lekarskiego (patrz pkt. 1.4). Podmiot wykonujący działalność leczniczą przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, jeżeli zostały określone dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej.[2]

1.3. Niezależnie od standardów „zewnętrznych" wdrażanych w podmiocie leczniczym każda osoba wykonująca zawód medyczny jest zobowiązana w zakresie sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych do postępowania zgodnego z regulaminem organizacyjnym podmiotu leczniczego, czyli do poddania się standaryzacji „wewnętrznej" podmiotu leczniczego.[3] Regulamin organizacyjny zalicza się do aktów wewnątrzzakładowych podmiotu leczniczego, obok (...) statutu. Jednocześnie regulamin organizacyjny z uwagi na swój charakter prawny, zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz tryb uchwalania nie może być klasyfikowany jako regulamin w rozumieniu źródeł prawa pracy. Natomiast wszystkie te (...) akty wewnątrzzakładowe mogą łącznie stanowić źródło standaryzacji postępowania zawodów medycznych w czterech obszarach: medycznym, pracowniczym, administracyjnym i gospodarczym.[4]

---

1 Art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej: „Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych."

2 Art. 22 ust. 4b–4c ustawy o działalności leczniczej:
„4b. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, jeżeli zostały określone na podstawie ust. 5 dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot wykonujący działalność leczniczą lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej.
4c. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych."

3 Art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej: „Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika."

4 D. Karkowska, *4.6. Standaryzacja procesu pracy osób wykonujących zawody medyczne* [w:] *Zawody medyczne*, Warszawa 2012.

1.4. Ponadto minister właściwy do spraw zdrowia może ogłosić w drodze obwieszczenia, po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny.[5] Schematy postępowania medycznego tworzone w formie wytycznych lub zaleceń przez odpowiednie towarzystwa naukowe, zgodnie z zasadami Evidence Based Medicine, stanowią istotne wskazówki w codziennej praktyce medycznej, a możliwość ich publikowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia powinna przyczyniać się do stosowania jednolitych wzorców postępowania medycznego w poszczególnych dziedzinach medycyny. Do tej pory nie zostały ogłoszone w drodze obwieszczenia ministra zalecenia postępowania z zakresu opieki psychiatrycznej.

Przebieg konsultacji nad niniejszym opracowaniem wskazuje na pilną potrzebę opracowania przez odpowiednie towarzystwa naukowe zaleceń odnoszących się do niektórych zagadnień dotyczących diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych.

1.5. Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (NPOZP)[6] zadaniem ministra właściwego do spraw zdrowia – w ramach celu szczegółowego „Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej" – jest przygotowanie standardów dotyczących centrów zdrowia psychicznego (CZP). Zgodnie z NPOZP standardy te powinny zostać przygotowane we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach zdrowia psychicznego oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego.

Niniejsze opracowanie było konsultowane z przedstawicielami pilotażowych centrów zdrowia psychicznego oraz Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym i Polskim Towarzystwem Psychologicznym.

5 Art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.). W zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu ogłoszenie obwieszczenia ma charakter obligatoryjny.

6 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458).

1.6. Przedmiotem niniejszego opracowania są założenia projektu standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej w centrum zdrowia psychicznego dla osób dorosłych, o którym mowa w art. 5a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.[7] Funkcję przyszłego rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego w centrum zdrowia psychicznego (CZP) pełni obecnie częściowo rozporządzenie pilotażowe,[8] które utraci moc wraz z zakończeniem programu pilotażowego. Wynika z tego konieczność uwzględnienia rozwiązań pilotażowych odnoszących się do problematyki standardu w CZP w niniejszym opracowaniu. W niektórych przypadkach proponuje się modyfikację tych rozwiązań wynikającą z dotychczasowych doświadczeń pilotażu.

1.7. Niektóre z proponowanych rozwiązań dotyczą „materii ustawowej". Problem ten ujawnił się już w trakcie tworzenia rozporządzenia pilotażowego. Pociąga to za sobą konieczność uchwalenia w pierwszej kolejności odpowiednich zmian ustawowych, po których dopiero nastąpiłoby określenie standardu w formie rozporządzenia. Takie podejście jest zgodne z treścią NPOZP, w którym mówi się o niezbędnych działaniach legislacyjnych polegających na:

- wprowadzeniu regulacji ułatwiających objęcie kompleksową opieką osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym dotyczących centrów zdrowia psychicznego (CZP), zawieraniu umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej oraz monitorowaniu efektywności opieki medycznej;
- określeniu zasad współpracy jednostek opieki zdrowotnej, systemu pomocy społecznej, jednostek systemu oświaty przy koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

1.8. Dla celów niniejszego opracowania przyjęto założenie, że program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego zostanie przedłużony do 31 grudnia 2022 r., a pełne wdrożenie zmian systemowych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla osób dorosłych nastąpi do 31 grudnia 2027 r. Przez zmiany systemowe rozumie się tu w szczególności:

7 „Art. 5a. Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej." – ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685).

8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 852, z późn. zm.).

1) w zakresie podstawowej opieki psychiatrycznej – objęcie całego obszaru Polski siecią centrów zdrowia psychicznego;
2) w zakresie wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej – funkcjonowanie programów zdrowotnych uruchamianych zgodnie z zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi;
3) w zakresie opieki wysokospecjalistycznej (III poziom referencyjny) – działanie sieci psychiatrycznych ośrodków klinicznych z określonymi zasadami współpracy z centrami zdrowia psychicznego.

Nie później niż do końca 2022 r., tj. jeszcze przed zakończeniem programu pilotażowego, powinno nastąpić uruchamianie programów zdrowotnych oraz utworzenie sieci ośrodków wysokospecjalistycznych (III poziom referencyjny).

Przedstawione w opracowaniu rozwiązania stanowią propozycje minimalnego standardu organizacyjnego. Oznacza to, że w miarę posiadanych możliwości i potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, CZP powinno zapewniać pomoc w wyższym standardzie.

2

Słowniczek

Użyte w opracowaniu określenia oznaczają:

2.1. **asystent środowiskowy** – proponowany w niniejszym opracowaniu nowy zawód mający zastąpić zawód terapeuty środowiskowego w opiece psychiatrycznej osób pow. 18 r.ż. i oznaczający osobę, która posiada co najmniej wykształcenie średnie (wariantowo – licencjat) i ukończyła szkolenie z zakresu pomocy środowiskowej określone w zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia ramowym programie szkolenia z zakresu pomocy środowiskowej (patrz niżej);

2.2. **bliski dostęp** – zapewnienie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej nie dalej niż w sąsiednim powiecie w stosunku do miejsca udzielania świadczeń (obszaru działania CZP);

2.3. **CZP** – centrum zdrowia psychicznego dla osób powyżej 18 r.ż.;

2.4. **kategorie medyczne** – w zależności od stopnia pilności udzielenia świadczenia:

1) stan nagły (stan nagłego zagrożenia zdrowotnego) – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;[1]
2) przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;[2]

---

1 Zgodnie z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (T.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 882). Patrz Załącznik nr 1 do niniejszego materiału.
Z orzecznictwa sądowego:
– Z definicji stanu nagłego wynika, że chodzi o przypadek, w odniesieniu do którego istnieje niemożność (przeciwwskazanie) odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej, mogącej według wiedzy i doświadczenia medycznego zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków (zagrożenia) dla jego życia i zdrowia. Należy więc uznać, że pojęcie stanu nagłego obejmuje swoim zakresem pomoc lekarską, która ma zapobiec ciężkim (poważnym) skutkom. W kontekście ziszczenia się przesłanek realizacji świadczenia w trybie określonym w art. 19 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych istotne znaczenie ma więc „natychmiastowość" i „bezpośredniość" zagrożenia, które uzasadniają niezwłoczne udzielenie pomocy poprzez natychmiastowe udzielenie świadczenia. (Wyrok NSA z 3.10.2012 r., II GSK 1369/11, LEX nr 1233974.)
– Działanie w warunkach nagłych ze swej istoty ma w zasadzie charakter jednorazowy (nawet gdy mieści w sobie szereg czynności), nie zaś charakter ciągłej opieki medycznej z bliżej nieokreślonym terminem jej zakończenia. (Wyrok SN z 25.02.2015 r., IV CSK 343/14, LEX nr 1663417).

2 Zgodnie z par. 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200 poz. 1661).
Szczegółowe wytyczne dotyczące kwalifikowania do poszczególnych kategorii (przypadki pilne i stabilne) wykraczają poza ramy standardu organizacyjnego. Wytyczne w tej sprawie opracowane przez Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii zawiera Załącznik nr 1 do niniejszego materiału. Pomocna byłaby niewątpliwie aktualizacja tych wytycznych.

3) przypadek stabilny – przypadek inny niż stan nagły i przypadek pilny;[3]

2.5. **kontakt** – świadczenie zdrowotne (porada, wizyta lub sesja) lub interwencja (także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych), które oznaczają:

1) porada – świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) przez lekarza lub psychologa;[4]
2) wizyta – świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, psycholog;[5]
3) sesja – oddziaływanie terapeutyczne indywidualne albo grupowe;[6]
4) interwencja – działanie inne niż porada, wizyta lub sesja podejmowane w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) przez osoby zatrudnione w centrum w ramach działalności podstawowej, w tym przez koordynatora opieki;

2.6. **lekarz specjalista psychiatra** – lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży;

2.7. **lekarz psychiatra** – posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży;

2.8. **lekarz w trakcie specjalizacji:**

1) w przypadku świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych – lekarz, który rozpoczął specjalizację z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży,
2) w przypadku świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych – lekarz, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży,

3 Zgodnie z par. 2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200 poz. 1661).

4 Zgodnie z objaśnieniami do kodów jednostek statystycznych świadczeń zawartych w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1207 z późn. zm.).

5 tamże

6 tamże

2.9. **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń;

2.10. **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych;

2.11. **osoba prowadząca psychoterapię** – osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

1) posiada tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, lub magistra po ukończeniu studiów na kierunku psychologii, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026),
2) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia,
3) posiada zaświadczenie poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w punkcie 2, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzą przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty";

2.12. **osoba zatrudniona w działalności podstawowej** – osoba:

1) wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.),
2) inna niż wymieniona w pkt. 1, której praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności: pracownik socjalny, osoba,

która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego lub uzyskała tytuł licencjata lub magistra na kierunku studiów w zakresie zdrowia publicznego, asystent zdrowienia;

2.13. **pielęgniarka psychiatryczna** – pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;

2.14. **psycholog** – osoba, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej albo dyplom magistra filozofii chrześcijańskiej ze specjalizacją filozoficzno-psychologiczną uzyskany na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim do dnia 1 października 1981 r. lub dyplom magistra filozofii chrześcijańskiej w zakresie psychologii uzyskany w Akademii Teologii Katolickiej do dnia 31 grudnia 1992 r. oraz pracowała w zawodzie co najmniej dwa lata;

2.15. **psycholog kliniczny** – psycholog, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychologii klinicznej;

2.16. **rozporządzenie w sprawie leczenia psychiatrycznego** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285 z późn. zm.);

2.17. **specjalista psychologii klinicznej** – psycholog, który posiada tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej lub tytuł specjalisty II stopnia z psychologii klinicznej;

2.18. **terapeuta środowiskowy** – osoba, która posiada co najmniej wykształcenie średnie i ukończyła szkolenie z zakresu terapii środowiskowej określone w zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia ramowym programie szkolenia z zakresu terapii środowiskowej lub osoba, która posiada wiedzę i umiejętności w zakresie terapii środowiskowej osób z zaburzeniami psychicznymi potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez kierownika podmiotu leczniczego, w którym

wykonuje obowiązki na stanowisku terapeuty środowiskowego;

2.19. **ustawa o działalności leczniczej** – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.);

2.20. **ustawa o ochronie zdrowia psychicznego** – ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685);

2.21. **ustawa o prawach pacjenta** – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849);

2.22. **ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia** – ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 702 z późn. zm.).

UWAGA: wymagania kwalifikacyjne dot. osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej (z wyj. asystenta środowiskowego) są zgodne z rozporządzeniem w sprawie lecznictwa psychiatrycznego. Ewentualne zmiany w tym zakresie w ww. rozporządzeniu zostaną uwzględnione w toku dalszych prac nad projektem standardu organizacyjnego.

Wprowadzenie nowego zawodu „asystenta środowiskowego" w opiece psychiatrycznej osób pow. 18 r.ż. realizowanej w CZP (w miejsce terapeuty środowiskowego) wymaga odpowiedniej nowelizacji rozporządzenia w sprawie lecznictwa psychiatrycznego i rozporządzenia pilotażowego oraz zmian w ramowym programie szkolenia zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Działania te powinny zostać zakończone do końca 2021 r. Wprowadzenie nowego zawodu powinno zostać powiązane z uznaniem za równorzędne dotychczasowych kwalifikacji związanych z ukończeniem szkolenia z zakresu terapii środowiskowej.

Powyższa propozycja jest rezultatem konsultacji dotyczących niniejszego projektu, w trakcie których wskazywano na niejasną funkcję dotychczasowego terapeuty środowiskowego w reformowanym modelu opieki psychiatrycznej, jak również wątpliwości terminologiczne (m.in. niejasność terminu *terapia środowiskowa*).

Asystent środowiskowy powinien zapewniać pomoc środowiskową obejmującą: zadania Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego, koordynację opieki oraz

wsparcie psychospołeczne (np. psychoedukacja, treningi umiejętności społecznych, sesje wsparcia).

Docelowym rozwiązaniem powinno być wprowadzenie studiów przygotowujących do wykonywania zawodu asystenta środowiskowego na poziomie licencjackim, których program będzie uwzględniał standardy kształcenia określone w drodze rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 68 Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce[7]. Wymagać to będzie uregulowania ustawowego tego nowego zawodu oraz wprowadzenia go na listę zawodów medycznych wymienionych w przepisach Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce (obok m.in. pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty, ratownika medycznego).

7 Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668 z późn. zm.).

3

Organizacja, formy pomocy i struktura CZP

3.1. Zgodnie z art. 5a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, CZP zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym (obszarze działania) w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.

3.2. CZP jest zakładem leczniczym w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. CZP stanowi zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje kompleksową, ciągłą i koordynowaną działalność leczniczą w zakresie opieki psychiatrycznej w rodzajach: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

3.3. CZP może kierować pacjentów, w zależności od ich szczególnych potrzeb zdrowotnych, do:

1) wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej realizowanej w ramach programów zdrowotnych (lub programów polityki zdrowotnej) prowadzonych przez ośrodki specjalistyczne („wyspecjalizowane") i finansowanych na zasadach odrębnych (poza ryczałtem CZP);
2) opieki wysokospecjalistycznej (III poziom referencyjny) realizowanej przez sieć klinik psychiatrycznych finansowanych na odrębnych zasadach (poza ryczałtem PZP).

3.4. CZP współpracuje stale z określoną kliniką psychiatryczną z „sieci". Na jedną klinikę nie powinno przypadać więcej niż 15–20 CZP, w zależności od lokalnych uwarunkowań i liczby mieszkańców objętych działaniem poszczególnych CZP.

3.5. W zakresie pomocy udzielanej pacjentom z obszaru swojego działania CZP współpracuje z lokalnymi organami administracji samorządowej i rządowej (w tym pomocy społecznej), instytucjami (w tym placówkami opieki zdrowotnej), organizacjami i stowarzyszeniami społecznymi działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, a także z grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin. Współpraca ta może polegać m.in. na podejmowaniu wspólnych działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, w tym promocji zdrowia i edukacji społecznej.

3.6. W ramach współpracy (w tym pomocy konsultacyjnej, także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych – m.in. wideo i telefonicznie) z lekarzami POZ zalecane jest imienne wskazanie grupy lekarzy rodzinnych współdziałających z określonym lekarzem CZP, w proporcji od 15:1 do 10:1 – w zależności od liczby lekarzy.

3.7. W ramach współpracy z ośrodkami pomocy społecznej nie rzadziej niż raz w miesiącu organizuje się spotkania pracowników modułu podstawowego CZP (patrz dalej) z pracownikami (przedstawicielami) pomocy społecznej w celu omawiania i uzgadniania współdziałania wobec pojawiających się spraw i problemów. W zależności od istniejących okoliczności, spotkania te mogą być organizowane również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.

3.8. CZP opracowuje w okresach trzyletnich program środowiskowej opieki psychiatrycznej dla obszaru swojego działania. Program określa cele, zadania, wskaźniki i oczekiwane efekty realizacji. Projekt programu podlega konsultacjom m.in. z: lokalnymi organami administracji samorządowej i rządowej (w tym pomocy społecznej), instytucjami (w tym placówkami opieki zdrowotnej), organizacjami i stowarzyszeniami społecznymi działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, a także z grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin. Program i sprawozdania z jego realizacji są zamieszczane na stronie internetowej CZP.

3.9. CZP jest wyodrębnioną samobilansującą się częścią podmiotu leczniczego (prowadzącą księgi rachunkowe i sporządzającą samodzielne sprawozdanie finansowe). CZP jako zakład leczniczy jest jednostką lokalną w rozumieniu ustawy o statystyce publicznej,[1] dla której sporządza się odrębny bilans. Podmiot leczniczy, w którego skład wchodzi CZP, sporządza łączne sprawozdanie finansowe, będące sumą sprawozdania finansowego tego podmiotu leczniczego i CZP.

3.10. CZP udziela świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej w warunkach:

1) stacjonarnych:
   a) szpitalnych;
   b) innych niż szpitalne;
   c) w miejscu udzielania pomocy doraźnej;

1 Art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 443 z późn. zm.).

2) dziennych;
3) ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (mobilnych lub domowych).

3.11. Proponowane jest ogłoszenie w drodze obwieszczenia ministra zdrowia[2] zaleceń postępowania opracowanych przez odpowiednie towarzystwo (towarzystwa) naukowe dotyczących:
1) opieki domowej w warunkach ambulatoryjnych;
2) leczenia środowiskowego (domowego).
Przewidywany termin opracowania i ogłoszenia zaleceń: nie później niż do końca 2022 r.

3.12. Rodzaje pomocy udzielanej przez CZP w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (mobilnych lub domowych):
1) czynna (długoterminowa czynna) – opisana dalej;
2) długoterminowa – udzielana (w ramach CZP) ponad 4 tygodnie pacjentom z innymi zaburzeniami psychicznymi, którzy nie wymagają pomocy czynnej;
3) krótkoterminowa – udzielana pacjentom z zaburzeniami epizodycznymi i zakończona (w ramach CZP) w okresie 4 tygodni;
4) konsultacyjna – udzielana pacjentom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porady, w szczególności na zlecenie lekarza POZ lub innego lekarza, nie zakończona kwalifikacją do pomocy czynnej, długoterminowej lub krótkoterminowej w CZP.

3.13. Pomoc doraźna jest udzielana w stanach nagłych i przypadkach pilnych w miejscu udzielania pomocy doraźnej (np. izba przyjęć psychiatryczna albo dział przyjęć[3] przy oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym).

3.14. Wyróżnia się dwa typy CZP, w zależności od posiadania własnego oddziału psychiatrycznego (całodobowego):
1) CZP typ A – z oddziałem psychiatrycznym w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego CZP;

2 Chodzi o zalecenia, o których mówi art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.). W zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu ogłoszenie obwieszczenia ma charakter obligatoryjny.

3 Patrz: Załącznik Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

2) CZP typ B – z zapewnieniem opieki szpitalnej realizowanej przez inny podmiot leczniczy na podstawie umowy.

3.15. Konsekwencją powyższych rozwiązań będzie m.in. konieczność wprowadzenia odpowiednich zmian w systemie resortowych kodów identyfikacyjnych polegających na wprowadzeniu nowych kodów w odpowiednich częściach systemu, m.in.:

1) w Części VI – KODY RODZAJU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ W ZAKŁADZIE LECZNICZYM[4] proponowane nowe kody to:
   a) 4 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w centrum zdrowia psychicznego;
   b) 5 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w centrum zdrowia psychicznego;
2) w Części IX – KODY FUNKCJI OCHRONY ZDROWIA – HC.1. Usługi lecznicze: HC.1.4. Leczenie w centrum zdrowia psychicznego.

3.16. W skład CZP wchodzą co najmniej następujące komórki organizacyjne potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą – część VIII kodu resortowego:

1) 4700 Oddział psychiatryczny – nie dotyczy CZP typ B;
2) 2700 Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny);
3) 1700 Poradnia zdrowia psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym (PZK);
4) 2730 Zespół leczenia środowiskowego (domowego).

3.17. Obok dotychczasowego kodu w Części VIII systemu: „1700 Poradnia zdrowia psychicznego" konieczne jest wprowadzenie nowego kodu charakteryzującego działalność komórki organizacyjnej dla poradni zdrowia psychicznego z PZK: „1702 Poradnia zdrowia psychicznego z PZK".

3.18. Celowe jest także wprowadzenie możliwości tworzenia nowych komórek organizacyjnych łączących działalność poradni zdrowia psychicznego (1700) i zespołu

4 Obecnie obowiązujące kody rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym:
1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne;
2 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne;
3 – Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

leczenia środowiskowego (domowego) (2730) z nadaniem nowych kodów charakteryzujących specjalność takiej komórki organizacyjnej w Części VIII systemu. Proponowane nazwy komórek:

1) „Zespół pomocy ambulatoryjnej i środowiskowej" (nowy kod 2790);
2) „Zespół pomocy ambulatoryjnej i środowiskowej z PZK" (nowy kod 2792).

3.19. Poradnia zdrowia psychicznego z PZK tworzy z zespołem leczenia środowiskowego (w tej samej lokalizacji) moduł podstawowy CZP. Odpowiednio – modułem podstawowym CZP będzie również nowa komórka organizacyjna pn. Zespół pomocy ambulatoryjnej i środowiskowej z PZK [łącząca działalność poradni zdrowia psychicznego z PZK i zespołu leczenia środowiskowego (domowego)]. W skład modułu podstawowego CZP może wchodzić również oddział dzienny (w przypadku tej samej lokalizacji).

3.20. Na jeden moduł podstawowy CZP nie może przypadać więcej niż 80 tys. mieszkańców pow. 18 r.ż. (w zaokrągleniu do pełnego tysiąca). Kolejny moduł podstawowy CZP organizuje się (w zależności od potrzeb) w innej lokalizacji przy uwzględnieniu lokalnych uwarunkowań społecznych, demograficznych, komunikacyjnych i organizacyjnych.

3.21. Moduł podstawowy może obejmować swoim działaniem określoną część obszaru działania CZP.

3.22. Przy module podstawowym CZP tworzone lub wspierane są grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin (bliskich) oraz promowany jest rozwój ruchu asystentów zdrowienia.

3.23. W skład CZP mogą wchodzić inne komórki organizacyjne, m.in.:

1) 1700 Poradnia zdrowia psychicznego (bez PZK);
2) 2720 Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowy;
3) 2702 Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny.

3.24. Poradnia zdrowia psychicznego z PZK jest czynna co najmniej od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 8:00 do 18:00.

Poradnia bez PZK (tj. nie wchodząca w skład modułu podstawowego CZP) jest czynna w dniach i godzinach odpowiednich do potrzeb.

3.25. W ramach modułu podstawowego CZP prowadzona jest jednolita, zintegrowana dokumentacja medyczna obejmująca ambulatoryjne świadczenia zdrowotne psychiatryczne i leczenie środowiskowe (domowe), z dopuszczalnym wyjątkiem przypadków, w których jeden z wymienionych zakresów świadczeń jest realizowany przez podwykonawcę.

3.26. CZP zapewnia superwizję (kliniczną) indywidualną i zespołową osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zasadami ustalonymi przez właściwe towarzystwa naukowe.

3.27. Komórki organizacyjne wchodzące w skład CZP są zlokalizowane na obszarze działania centrum, z wyjątkiem oddziału psychiatrycznego i miejsca udzielania pomocy doraźnej, które mogą mieścić się poza obszarem działania centrum, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia odpowiedniej dostępności publicznym transportem zbiorowym, jednak nie dalej niż w warunkach bliskiego dostępu.

3.28. W przypadku lokalizacji na obszarze działania CZP domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, zaleca się organizowanie zespołu terapeutycznego (lub w zależności od potrzeb – zespołów) udzielającego świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej ich mieszkańcom.[5]

3.29. CZP prowadzi stronę/witrynę internetową (lub podstronę strony podmiotu leczniczego) dla mieszkańców obszaru swojego działania. Poza informacjami dotyczącymi działania CZP oraz zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, strona/witryna powinna umożliwiać dostęp do informacji dotyczących zdrowia psychicznego, jak również ułatwiać korzystanie z pomocy zdalnej.

5 Alternatywnym rozwiązaniem organizacyjnym może być wydzielenie w ramach struktury CZP komórki organizacyjnej (poradnia zdrowia psychicznego) w celu udzielania ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej mieszkańcom domu pomocy społecznej zlokalizowanej na terenie tego domu, o czym mówi art. 3 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

4

Pomoc czynna

4.1. Pomoc czynna – obejmuje leczenie i wsparcie świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi wymagających ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów. Pomoc czynna jest realizowana w warunkach ambulatoryjnych: psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego). Pomoc czynna oznacza aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego, w tym koordynatora opieki, mające na celu przywrócenie bądź poprawę stanu zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego pacjentów oraz ułatwienia im samodzielnego życia w środowisku.

4.2. Pomocą czynną obejmuje się pacjentów, których stan zdrowia wymaga interdyscyplinarnej terapii i aktywnego wsparcia w procesie zdrowienia, a w szczególności pacjentów:

1) z nasilonymi, utrzymującymi się objawami zaburzeń psychotycznych,
2) z częstymi zaostrzeniami i nawrotami zaburzeń,
3) wymagających w okresie remisji systematycznego leczenia zapobiegającego nawrotom,
4) o ograniczonej samodzielnej egzystencji, a pozbawionych dostatecznej opieki osób bliskich,
5) pozostających w konfliktowej sytuacji środowiskowej.

4.3. Decyzję o kwalifikacji pacjenta do pomocy czynnej oraz o zmianie tej formy pomocy na inną podejmuje zespół osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi, w skład którego wchodzi co najmniej lekarz i koordynator opieki. Ocena kwalifikacji do pomocy czynnej jest dokonywana okresowo, nie rzadziej jednak niż raz w roku.

4.4. W przypadku hospitalizacji na oddziale całodobowym podjęcie decyzji kwalifikującej pacjenta do pomocy czynnej następuje w czasie nie dłuższym niż 8 dni od przyjęcia (w sposób określony wyżej). W dniu wypisania pacjenta z oddziału zapewniony jest bezpośredni kontakt pacjenta z członkiem (członkami) zespołu terapeutycznego, w szczególności z koordynatorem pomocy, celem zapoznania go z planem dalszego postępowania oraz ustalenia terminu i miejsca pierwszego kontaktu po wypisie z oddziału.

4.5. Każdy pacjent objęty pomocą czynną ma sporządzony plan terapii i zdrowienia oraz wyznaczonego koordynatora opieki.

4.6. W ramach pomocy czynnej zapewnia się odpowiednią częstość kontaktów koordynatora opieki oraz zespołu terapeutycznego z pacjentem, ze środowiskiem społecznym pacjenta, z placówką podstawowej opieki zdrowotnej (w razie potrzeby placówkami opieki specjalistycznej) oraz z organizacjami zajmującymi się aktywizacją zawodową, a także pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalno-bytowych, jeśli zachodzi taka potrzeba.

4.7. Rozwiązaniu problemów środowiskowych pacjenta służyć może organizowanie sesji wsparcia psychospołecznego, sesji rodzinnych, prowadzenie rozmów o charakterze konsultacyjnym z bliskimi pacjenta oraz w niezbędnym zakresie z jego sąsiadami bądź współpracownikami. Wskazane jest prowadzenie różnych form pomocy i interwencji psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych. Wykonywanie tych zadań pozostaje w kompetencji całego zespołu terapeutycznego, a zwłaszcza psychologa, asystenta środowiskowego (terapeuty środowiskowego), pracownika socjalnego oraz pielęgniarki.

4.8. W stosunku do wszystkich pacjentów objętych opieką czynną obowiązuje zasada zorganizowania co najmniej jednego kontaktu z pacjentem w okresie tygodnia – bezpośredniego, telefonicznego lub za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych.[1] Przy każdym kontakcie ustalany jest termin i miejsce następnego kontaktu. W przypadku pacjentów wypisywanych z oddziału psychiatrycznego z zaleceniem pomocy czynnej termin pierwszego kontaktu ustala się w okresie nie przekraczającym jednego tygodnia od daty wypisu.

4.9. W przypadku niezgłaszania się pacjenta w wyznaczonych terminach koordynator opieki, w porozumieniu z lekarzem (lub zespołem), podejmuje co najmniej jeden spośród następujących sposobów nawiązania kontaktu:

1) kontakt telefoniczny z pacjentem lub jego rodziną,
2) kontakt mailowy bądź listowny (na kopercie nie należy przystawiać pieczątki CZP),
3) kontakt bezpośredni w postaci wizyty domowej.

1 Zgodnie z definicją kontaktu obejmuje on również działania podejmowane przez koordynatora opieki.

4.10. Nie podejmuje się nawiązania kontaktu telefonicznego (lub za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych), listownego bądź bezpośredniego w przypadku wyraźnego sprzeciwu pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.

4.11. W przypadku wystąpienia sytuacji, w której zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może on zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolny do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, czemu można zapobiec poprzez niezwłoczną interwencję, podejmowane są stosowane działania z udziałem lekarza – zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.

5

Personel CZP

5.1. Liczba i kwalifikacje osób wykonujących zawód medyczny w CZP niezbędnych dla zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej są ustalane z uwzględnieniem potrzeb w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej wynikających w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności powyżej 18. r.ż. zamieszkałej na obszarze działania centrum. CZP spełnia łącznie warunki realizacji świadczeń dotyczące osób wykonujących zawód medyczny, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie lecznictwa psychiatrycznego dla:

1) świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych;
2) świadczeń w izbie przyjęć;
3) świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych;
4) świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych;
5) leczenia środowiskowego (domowego).

5.2. Liczba osób wykonujących zawód medyczny zatrudnionych w CZP stanowi sumę osób zatrudnionych w komórkach organizacyjnych CZP oraz komórkach organizacyjnych podwykonawcy.

5.3. W zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych minimalnym warunkiem w odniesieniu do lekarzy jest równoważnik 1 etatu przeliczeniowego lekarza specjalisty psychiatry lub lekarza psychiatry lub lekarza w trakcie specjalizacji. W zakresie leczenia środowiskowego (domowego) minimalnym warunkiem w odniesieniu do lekarzy jest równoważnik 1 etatu przeliczeniowego lekarza specjalisty psychiatry lub lekarza psychiatry lub lekarza w trakcie specjalizacji.

5.4. Łączna liczba osób zatrudnionych w CZP w ramach działalności podstawowej nie może być mniejsza niż równoważnik 0,6 etatu przeliczeniowego na 1000 świadczeniobiorców powyżej 18. r.ż. zamieszkałych na jego obszarze działania.

5.5. Osoby zatrudnione w CZP mają jeden łączny harmonogram godzinowy dla wszystkich zakresów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez CZP.

5.6. Poszczególne komórki i zespoły osób zatrudnionych w CZP utrzymują między sobą stały kontakt bezpośredni i z wykorzystaniem systemów informatycznych, m.in. w formie:

- systematycznej wymiany informacji dot. pacjentów objętych pomocą CZP;
- wzajemnych konsultacji w rozwiązywaniu trudnych problemów zdrowia psychicznego pacjentów;
- okresowych spotkań zespołów oddziału psychiatrycznego, oddziałów dziennych, zespołów modułów podstawowych CZP i innych.

6

Dodatkowe warunki dotyczące pomieszczeń CZP

6.1. PZK lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych. Co najmniej jedno wejście wraz z dojściem jest dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami ruchowymi (pochylnie, podjazdy). W miarę możliwości zapewnia się bezkolizyjny dojazd samochodem osobowym lub środkiem transportu sanitarnego pod wejście do PZK.

6.2. PZK dysponuje co najmniej jednym gabinetem o powierzchni zapewniającej możliwość realizacji sesji wsparcia psychospołecznego (do 6 osób) – co najmniej 15 m^2.

6.3. W poradni zdrowia psychicznego z PZK wydziela się pomieszczenie o charakterze klubowo-socjalnym dla pacjentów CZP funkcjonujące w godzinach pracy poradni na zasadzie swobodnego „wstąp, wpadnij, zajrzyj".[1] Pomieszczenie jest wyposażone w krzesła i stoliki, umywalkę oraz możliwość sporządzania ciepłych napojów.

6.4. Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowy spełnia minimalne standardy dotyczące pomieszczeń na zasadach analogicznych jak w przypadku mieszkania chronionego.[2]

1 Zalecana powierzchnia – co najmniej 25 m^2.

2 Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U. z 2018 r. poz. 822).

7

Kierowanie CZP

7.1. Odpowiedzialność za zarządzanie CZP ponosi jego kierownik, który podlega bezpośrednio kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego CZP. Kierownik CZP może być jednocześnie kierownikiem podmiotu leczniczego, jeśli CZP jest jedynym zakładem leczniczym wchodzącym w skład podmiotu leczniczego. Kierownik spełnia warunki, o których mowa niżej.

7.2. Kierownikiem CZP jest osoba, która:

1) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;
2) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
3) jest:
   a) lekarzem specjalistą psychiatrą lub
   b) specjalistą psychologii klinicznej, lub
   c) psychologiem posiadającym kwalifikacje osoby prowadzącej psychoterapię, lub
   d) magistrem pedagogiki terapeutycznej z certyfikatem specjalisty terapii środowiskowej wydanym przez Sekcję Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, lub
   e) magistrem pielęgniarstwa i specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;
4) ma 8-letnie doświadczenie zawodowe w psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla osób dorosłych.

Zalecane jest ukończenie studiów podyplomowych z zakresu prawa medycznego, zarządzania w ochronie zdrowia, bioetyki i socjologii medycyny.

7.3. Funkcję kierownika CZP można łączyć z funkcją kierownika jednostki/komórki organizacyjnej CZP. Funkcji kierownika CZP nie można łączyć z funkcją kierownika jednostki/komórki organizacyjnej nie wchodzącej w skład CZP lub nadzorowaniem jednostki/komórki organizacyjnej nie wchodzącej w skład CZP.

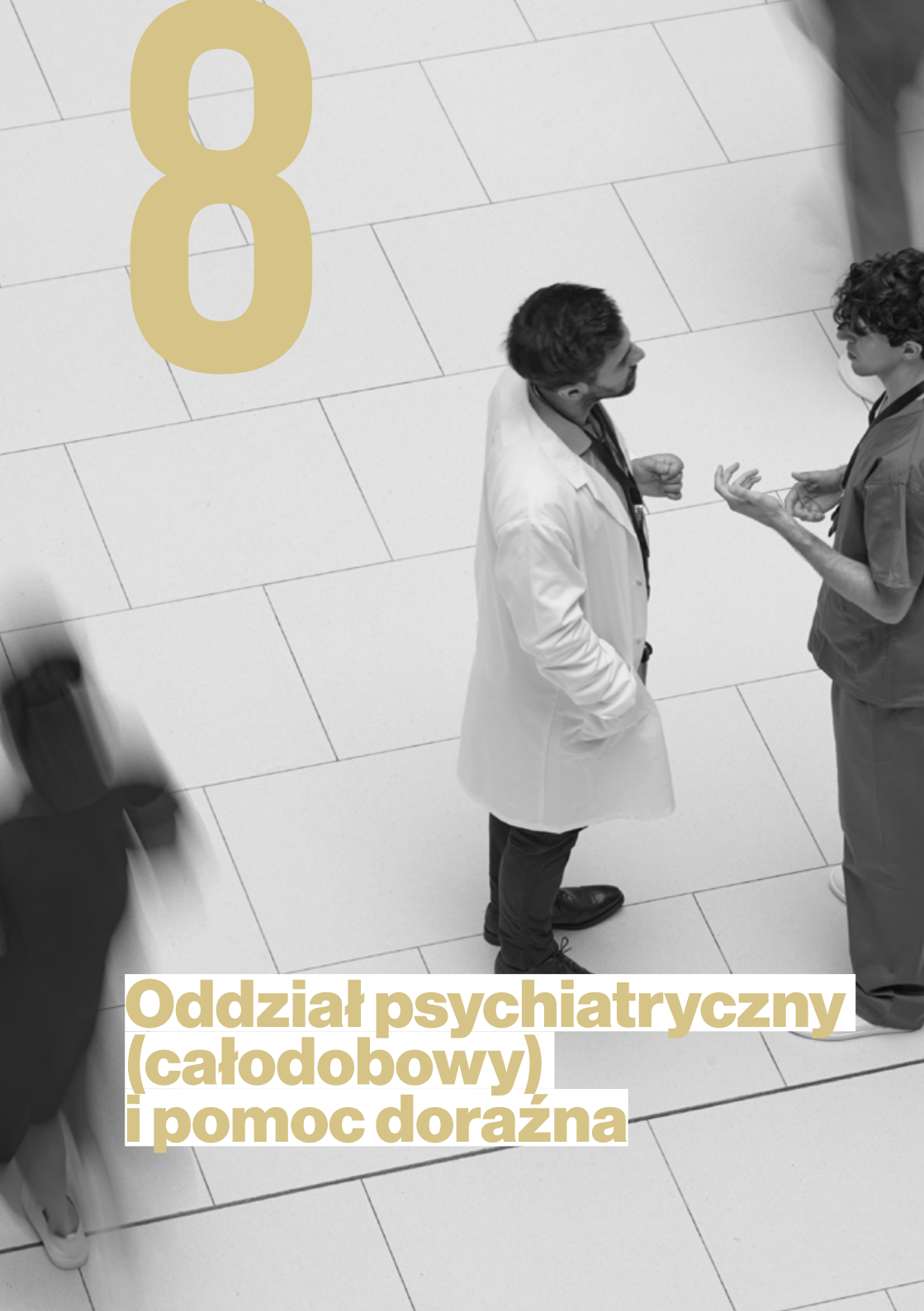
7.4. W przypadku, gdy kierownik CZP nie jest lekarzem specjalistą psychiatrą, obligatoryjne jest utworzenie stanowiska zastępcy kierownika CZP, którym jest lekarz specjalista psychiatra. Funkcji zastępcy kierownika CZP nie można łączyć z funkcją kierownika jednostki/komórki organizacyjnej nie wchodzącej w skład

CZP lub nadzorowaniem jednostki/komórki organizacyjnej nie wchodzącej w skład CZP.

7.5. Przed powołaniem kierownika CZP w podmiotach „publicznych" zasięgana jest w sprawie kandydatur opinia Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego), Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego oraz Stowarzyszenia Asystentów Zdrowienia. Postępowanie to dotyczy: samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, instytutów badawczych oraz spółek kapitałowych, w których udziały albo akcje Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej, stanowią wartość nominalną nie mniejszą niż 51% kapitału zakładowego.

7.6. W przypadku modułu podstawowego CZP łączy się funkcję kierownika poradni zdrowia psychicznego z PZK z funkcją kierownika Zespołu leczenia środowiskowego (i oddziału dziennego, jeśli wchodzi w skład modułu).

8



Oddział psychiatryczny (całodobowy) i pomoc doraźna

8.1. Zalecany wskaźnik liczby łóżek psychiatrycznych CZP zawiera się w przedziale 2–2,5 łóżka na 10 tys. osób powyżej 18 r.ż. zamieszkałych na jego obszarze działania. Oddział psychiatryczny CZP może mieć inną niż wynikająca z powyższego wskaźnika liczbę łóżek – w zależności od lokalnych uwarunkowań oraz etapu rozwoju opieki pozaszpitalnej, w tym np. uruchomienia hostelu kryzysowego i zwiększania zasięgu opieki środowiskowej (mobilnej).

8.2. Miejsce udzielania pomocy doraźnej organizuje się w lokalizacji oddziału psychiatrycznego. Zalecanym miejscem udzielania pomocy doraźnej jest izba przyjęć psychiatryczna albo dział przyjęć[1] przy oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym.

8.3. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane niezwłocznie w miejscu udzielania pomocy doraźnej CZP przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni tygodnia.

8.4. W przypadku hospitalizacji z powodu poważnego zaburzenia psychicznego pacjenta zamieszkałego na obszarze działania CZP informacja o hospitalizacji przekazywana jest kierownikowi właściwego (dla miejsca zamieszkania pacjenta) modułu podstawowego CZP nie później niż w pierwszym dniu roboczym następującym po przyjęciu do szpitala, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta. Zasadę tę stosuje się odpowiednio w przypadku pacjentów, którym udzielono porady niezakończonej przyjęciem do szpitala w ramach pomocy doraźnej.

8.5. W przypadku braku wskazań do bezwzględnej hospitalizacji psychiatrycznej[2] alternatywą dla hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym może być pobyt w hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowym, pobyt na oddziale dziennym albo leczenie środowiskowe (domowe).

8.6. Oddział psychiatryczny organizuje się w szpitalu, w którym w lokalizacji oddziału znajdują się co najmniej:

1 Patrz: Załącznik Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą: „7. Oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym wyposaża się także w:
1) osobny dział przyjęć, składający się z:
   a) poczekalni,
   b) punktu rejestracji,
   c) gabinetu lekarskiego,
   d) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego".

2 Przez bezwzględne wskazania do hospitalizacji psychiatrycznej rozumie się stan, w którym dotychczasowe zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

1) szpitalny oddział ratunkowy albo izba przyjęć (ogólna);
2) oddział chirurgii ogólnej;
3) oddział chorób wewnętrznych;
4) oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
5) pracownia diagnostyki obrazowej.

8.7. Szpital, w którym funkcjonuje oddział psychiatryczny, zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp do:
1) badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
2) badania USG;
3) komputerowego badania tomograficznego.

8.8. Wymagania, o których mowa w pkt. 8.6 i 8.7 powinny zostać spełnione do 31 grudnia 2027 r.

8.9. Wyjątki od ww. wymagań mogą dotyczyć instytutów badawczych, klinik uniwersytetów medycznych oraz podmiotów średniej wielkości (o określonej maks. liczbie łóżek psychiatrycznych) położonych w niewielkiej odległości od szpitala ogólnego spełniającego te wymagania pod warunkiem zapewnienia (niezwłocznie w razie potrzeby) transportu sanitarnego do szpitala ogólnego oraz zawarcia odpowiedniej umowy z tym szpitalem (wzór określi minister właściwy do spraw zdrowia), a także uzyskania zgody ministra zdrowia. Odległość ta powinna być ustalona w oparciu o średnią (lub medianę) czasu transportu pacjenta do szpitala ogólnego. Punktem odniesienia mogą być regulacje zawarte w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym.[3] Decyzje w sprawie zatwierdzenia przez ministra zdrowia ww. „wyjątków" powinny zostać podjęte nie później niż do 31 grudnia 2022 r.

8.10. W przypadku nieposiadania własnego oddziału psychiatrycznego (CZP typ B) świadczenia oddziału psychiatrycznego i pomocy doraźnej są udzielane przez inny podmiot leczniczy udzielający świadczeń na zlecenie podmiotu leczniczego prowadzącego CZP. W umowie określa się oddział psychiatryczny, który będzie udzielał świadczeń na rzecz CZP. Oddział psychiatryczny podwykonawcy spełnia warunki, o których

3 Chodzi o regulacje czasu dotarcia zawarte w art. 24 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (T.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 882).

mowa wyżej. Zaleca się w tym przypadku uruchomienie przez CZP na swoim obszarze działania hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowego.

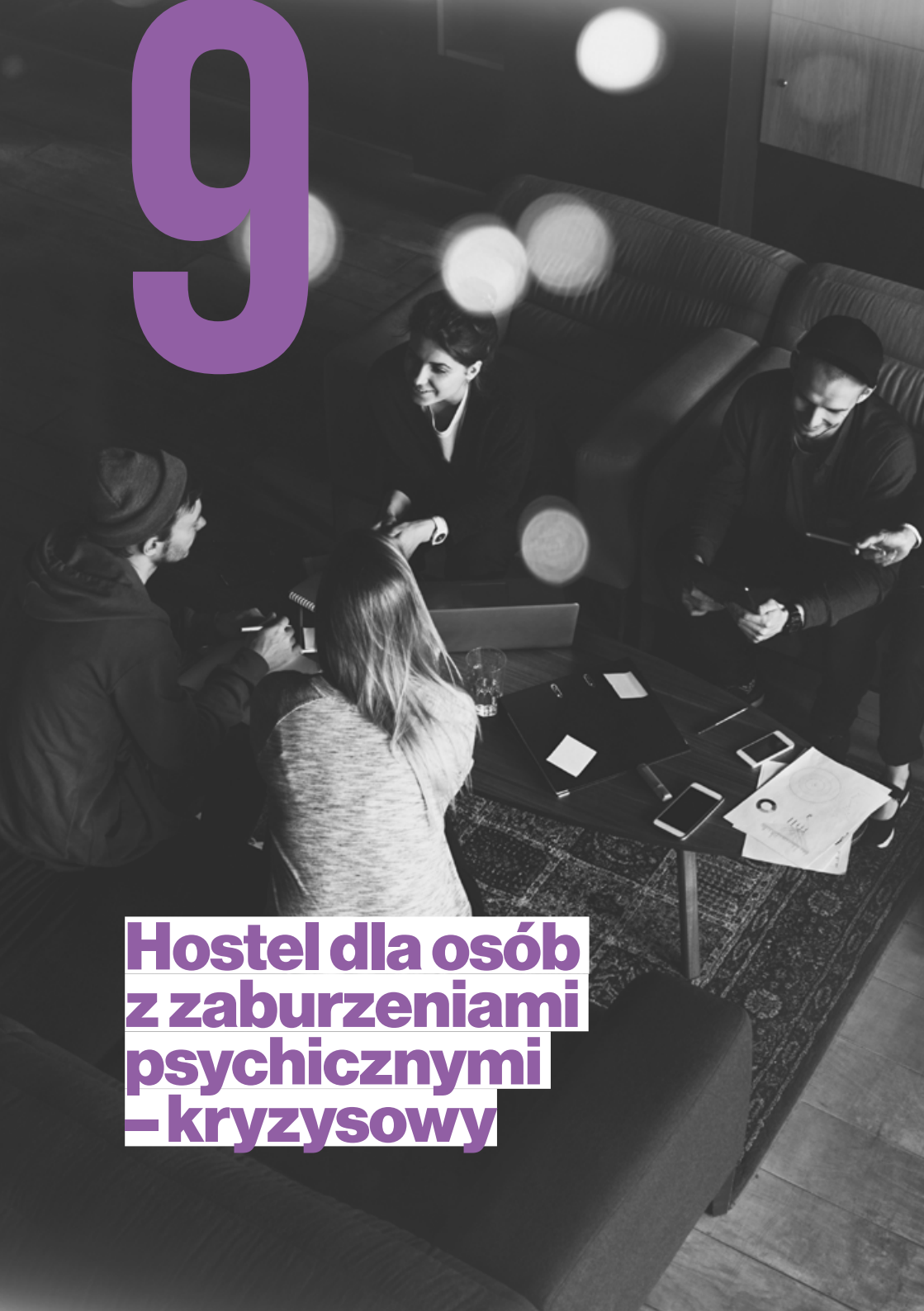
8.11. W warunkach stacjonarnych szpitalnych (oddział psychiatryczny i miejsce udzielania pomocy doraźnej) CZP zapewnia całodobowe udzielanie świadczeń przez lekarza specjalistę psychiatrę lub lekarza psychiatrę lub lekarza w trakcie specjalizacji we wszystkie dni tygodnia w miejscu udzielania świadczeń. Poza normalnymi godzinami pracy udzielanie tych świadczeń przez lekarza jest zapewnione w ramach wyodrębnionego na potrzeby CZP dyżuru medycznego.

8.12. Jeśli świadczenia oddziału psychiatrycznego i pomocy doraźnej są udzielane przez inny podmiot leczniczy (CZP typ B) zasady, o których mowa wyżej stosuje się odpowiednio (wymagany jest wyodrębniony dyżur medyczny lekarza na potrzeby CZP).

8.13. Jeśli podmiot prowadzący CZP prowadzi więcej niż jedno CZP, dopuszcza się łączenie wyodrębnionego dyżuru medycznego lekarza na potrzeby tych centrów, pod warunkiem uruchomienia co najmniej jednego hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowego. Na jednego lekarza dyżurnego nie może jednak przypadać więcej niż 200 tysięcy osób pow. 18. r.ż. zamieszkałych na obszarach działania tych centrów. Zasadę tę stosuje się odpowiednio, jeśli świadczenia oddziału psychiatrycznego i pomocy doraźnej są udzielane na przez inny podmiot leczniczy (wyłącznie) dla kilku CZP typu B.

8.14. Jeżeli łączna liczba łóżek opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w tej samej lokalizacji w podmiocie prowadzącym CZP wynosi nie więcej niż 60 (w tym: łóżek na oddziale psychiatrycznym ogólnym (kod 4700), oddziale psychiatrycznym dla chorych somatycznie [kod 4710], oddziale psychogeriatrycznym [kod 4712], oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych / detoksykacji [kod 4742] – razem nie więcej niż 40), a średnie wykorzystanie tych łóżek w poprzednim okresie rozliczeniowym nie przekroczyło 100%, dopuszcza się zapewnienie opieki lekarskiej przez lekarza dyżurnego CZP również dla łóżek opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oddziałów niewchodzących w skład CZP (łączna liczba łóżek przypadających na lekarza dyżurnego nie może być jednak większa niż 60).Jeśli liczba łóżek przypadająca na lekarza dyżurnego jest większa niż 60, nie może on wykonywać zadań na potrzeby innych oddziałów niż oddział CZP.

9



Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowy

9.1. Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowy pełni funkcję interwencyjnych miejsc noclegowych dla pacjentów, którzy w stanie kryzysu psychicznego wymagają okresowego pobytu poza warunkami domowymi, a nie wymagają hospitalizacji psychiatrycznej ze wskazań bezwzględnych.[1]

9.2. Hostel jest czynny całą dobę przez 7 dni w tygodniu. Przyjęcia do hostelu odbywają się w godzinach 8:00–18:00 na podstawie skierowania wydanego przez lekarza CZP – nie wcześniej niż w przeddzień przyjęcia.

9.3. Jednorazowy pobyt w hostelu nie powinien przekraczać 21 dni.

9.4. W ramach pobytu w hostelu zapewnione jest kompleksowe postępowanie terapeutyczne wraz ze wsparciem psychospołecznym – odpowiednio do potrzeb pacjenta. Pacjenci w czasie pobytu w hostelu otrzymują wyżywienie – uczestnicząc w przygotowywaniu posiłków.

9.5. W godzinach 18:00–20:00 w hostelu dyżuruje co najmniej jedna osoba zatrudniona w działalności podstawowej CZP, która spełnia wymagania dla koordynatora opieki.

1 Przez bezwzględne wskazania do hospitalizacji psychiatrycznej rozumie się stan, w którym dotychczasowe zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

10

Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK)

10.1. PZK organizuje się w ramach poradni zdrowia psychicznego. PZK jest czynny co najmniej od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 8:00 do 18:00. Każdy PZK posiada do wyłącznej dyspozycji co najmniej dwa numery telefoniczne oraz skrzynkę mailową, do której dostęp mają osoby wykonujące zadania w PZK.

10.2. Zadania PZK są realizowane przez osoby zatrudnione w działalności podstawowej niebędące lekarzami, które posiadają kwalifikacje wymagane na stanowisku koordynatora opieki (patrz pkt 11.2).
Wymóg posiadania ww. kwalifikacji stanie się obowiązujący począwszy od 1 stycznia 2024 r. z zastrzeżeniem sytuacji, o której mowa w pkt. 10.4.

10.3. Liczba pracowników jednoczasowo obsługujących (dostępnych) PZK powinna zapewniać ciągłą gotowość (możliwość) reakcji na zgłoszenia (osobiste, telefoniczne, teleinformatyczne). Minimalną obsadę PZK stanowi jedna osoba. W zależności od obciążenia zadaniami obsada PZK powinna być powiększona w godzinach nasilonego obciążenia.

10.4. W terminie do 31 grudnia 2025 r. co najmniej jedna z osób, które jednoczasowo obsługują PZK, musi posiadać kwalifikacje wymagane na stanowisku koordynatora opieki.

10.5. Nadzór merytoryczny nad wykonywaniem zadań w PZK sprawuje kierownik poradni zdrowia psychicznego z PZK (kierownik modułu podstawowego CZP).

10.6. Zadań PZK nie wykonują asystenci zdrowienia, z wyjątkiem udzielania wsparcia osobom zgłaszającym się do PZK.

10.7. Osoby wykonujące zadania w PZK nie mogą mieć w tym czasie zaplanowanych innych obowiązków ani wykonywać zadań realizowanych poza PZK (np. porad, sesji, wizyt, interwencji), z wyjątkiem zadań koordynatorów opieki.

10.8. PZK wykonuje zadania na rzecz osób powyżej 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP. Zadania te wykonywane są bezpośrednio po zgłoszeniu się

osoby zainteresowanej, bez wcześniejszego umawiania terminu – niezależnie od sposobu zgłoszenia (tj. również telefonicznie lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych).

10.9. Do zadań PZK należy:

1) udzielanie informacji o zakresie działania CZP i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej;
2) wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej w przypadkach tego wymagających;
3) przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK z problemami zdrowia psychicznego, udzielenie możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb oraz uzgodnienie wstępnego planu dalszego postępowania;
4) uzgodnienie terminu i miejsca uzyskania świadczenia w ramach CZP zgodnie ze wstępnym planem dalszego postępowania. W przypadkach pilnych termin porady lekarskiej nie może być uzgodniony później niż 72 godziny od zgłoszenia;
5) udzielanie świadczeń zdrowotnych (porad, wizyt i sesji wsparcia psychospołecznego) zgodnie z warunkami rozporządzenia w sprawie lecznictwa psychiatrycznego.

10.10. Zalecane narzędzia do stosowania w ramach wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych w PZK

(UWAGA: poniższa lista ma charakter inicjujący i jej projekt zostanie ustalony po konsultacjach z ekspertami i towarzystwami naukowymi w 2021 r.; przewiduje się wykorzystanie rozwiązań informatycznych; jednym z warunków będzie możliwość powszechnego zastosowania narzędzia):

1) Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych (PHQ-9) – do badania przesiewowego w kierunku rozpoznania i oceny nasilenia zaburzeń depresyjnych (ZAŁĄCZNIK NR 2)
2) Geriatryczna Skala Oceny Depresji – do przesiewowej samooceny zaburzeń depresyjnych po 65 r.ż. (ZAŁĄCZNIK NR 3)
3) ...
4) ...
5) ...

10.11. Dopuszcza się możliwość dodatkowego kontaktu z pacjentem w ramach PZK w kolejnych dniach celem uzgodnienia wstępnego planu dalszego postępowania. W przypadkach pilnych termin 72 godzin na wyznaczenie terminu porady lekarskiej biegnie od pierwszego zgłoszenia się pacjenta do PZK.

10.12. W przypadku zgłoszenia się do PZK pacjenta, u którego wstępna ocena potrzeb zdrowotnych wskazuje na stan nagły związany z zaburzeniem psychicznym:

- jeśli PZK ma lokalizację inną niż lokalizacja miejsca udzielania pomocy doraźnej CZP – organizuje się niezwłocznie przewiezienie pacjenta do tego miejsca; przewiezienie pacjenta w stanie nagłym (nagłego zagrożenia zdrowotnego) zapewnia zespół ratownictwa medycznego w ramach swoich zadań statutowych[1];
- jeśli PZK ma taką samą lokalizację jak miejsce pomocy doraźnej CZP, następuje przekazanie pacjenta w stanie nagłym do tego miejsca – zgodnie z obowiązującymi w podmiocie leczniczym procedurami (np. do izby przyjęć psychiatrycznej albo działu przyjęć oddziału psychiatrycznego);
- jeśli jest możliwe niezwłoczne badanie pacjenta przez lekarza poradni zdrowia psychicznego, w ramach której działa PZK, to o dalszym postępowaniu decyduje ten lekarz po osobistym badaniu pacjenta.

10.13. W poradni zdrowia psychicznego z PZK prowadzony jest wykaz zgłoszeń do PZK, który jest prowadzony w formie elektronicznej. Wykaz nie stanowi dokumentacji medycznej zbiorczej w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

1) numer kolejny zgłoszenia;
2) datę i godzinę zgłoszenia się osobistego (bezpośredniego) lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych;
3) rodzaj kontaktu (bezpośredni, telefoniczny, mailowy, aplikacja komputerowa i in.);
4) imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie;
5) imię i nazwisko osoby zgłaszającej się, numer PESEL, adres zamieszkania, dane kontaktowe (np. telefon, adres e-mail);
6) krótki opis wykonanego zadania (zgłoszony problem, udzielona pomoc, dalsze postępowanie);

1 Na zasadzie analogicznej, jak np. w przypadku rozpoznania podejrzenia ostrej niewydolności wieńcowej podczas wizyty pacjenta w placówce POZ.

7) datę i godzinę zakończenia realizacji zadania;
8) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, podpis).

10.14. Niepodanie przez osobę zgłaszającą się do PZK pełnych danych osobowych nie może być podstawą odmowy realizacji zadania.

10.15. W przypadku zadania polegającego na przeprowadzeniu wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osoby zgłaszającej się z problemami zdrowia psychicznego, udzieleniu możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb oraz uzgodnieniu wstępnego planu dalszego postępowania – poza wpisem do ww. wykazu zgłoszeń, sporządza się kartę zgłoszenia do PZK załączaną do wykazu. (UWAGA: wzór zostanie opracowany w formie kolejnego załącznika w 2021 r. m.in. na podstawie doświadczeń CZP). Karta zgłoszenia do PZK jest załączana do dokumentacji medycznej pacjenta po jej założeniu. Zaleca się formę elektroniczną karty.

10.16. W przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach PZK prowadzona jest dokumentacja medyczna zgodnie z obowiązującymi przepisami (niezależnie od odnotowania zgłoszenia w wykazie zgłoszeń do PZK).

10.17. Wszystkie czynności w ramach zadań PZK są objęte obowiązkiem tajemnicy wynikającym z art. 50 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.[2] Nie przekazuje się danych charakteryzujących osoby, na rzecz których wykonano zadania PZK (wymienione wyżej w pkt. 1–4) niebędące świadczeniami zdrowotnymi instytucji płatnika (NFZ).

2 Art. 50. 1. Osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a nadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału.
2. Od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do:
1) lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi;
2) właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej, co do okoliczności których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej;
3) osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne;
4) Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Służby Ochrony Państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych;
5) policjanta upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.

11

Koordynatorzy opieki

11.1. Koordynację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych zgodnie z planem terapii i zdrowienia w ramach pomocy czynnej zapewniają koordynatorzy opieki. W uzasadnionych przypadkach koordynator opieki może być wyznaczony również dla pacjenta objętego pomocą długoterminową.

11.2. Koordynatorzy opieki są wyznaczani przez kierownika CZP spośród osób zatrudnionych w ramach działalności podstawowej niebędących lekarzami, które ukończyły szkolenie z zakresu terapii środowiskowej określone w zatwierdzonym przez ministra zdrowia ramowym programie szkolenia z zakresu pomocy (terapii) środowiskowej dla kandydatów na stanowisko asystenta środowiskowego (terapeuty środowiskowego). (ZAŁĄCZNIK NR 4)
Wymóg ukończenia ww. szkolenia stanie się obowiązujący począwszy od 1 stycznia 2024 r.

11.3. Obowiązek ukończenia ww. szkolenia nie dotyczy:
1) specjalistów psychologii klinicznej,
2) psychologów klinicznych,
3) osób prowadzących psychoterapię,
4) pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego,
5) osób, które posiadają certyfikat specjalisty terapii środowiskowej wydany przez Sekcję Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego,
6) osób, które posiadają certyfikat terapeuty środowiskowego wydany przez Sekcję Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przed 2020 r. i legitymują się co najmniej pięcioletnim stażem pracy w opiece środowiskowej.

11.4. Koordynatorzy opieki wykonują swoje zadania w ramach działalności modułu podstawowego CZP. Nadzór merytoryczny sprawuje kierownik modułu.

11.5. Na koordynatorów opieki nie są wyznaczani asystenci zdrowienia. Udzielają oni wsparcia osobom objętym pomocą czynną.

11.6. Koordynatorzy opieki wykonują swoje zadania w pełnym wymiarze zatrudnienia

(obejmującym ponadto wykonywanie zadań w PZK). Koordynatorzy opieki mogą łączyć funkcję koordynatora opieki z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (poza PZK). W takim przypadku harmonogram pracy (grafik)[1] koordynatora opieki powinien jasno określać podział czasu pracy na funkcje koordynatora opieki i na udzielanie świadczeń zdrowotnych bądź inne zadania (z wyj. PZK).

11.7. Koordynator opieki dla określonego pacjenta jest wskazywany wraz z decyzją objęcia go pomocą czynną. W przypadku hospitalizacji na oddziale całodobowym wskazanie określonego koordynatora opieki następuje w czasie nie dłuższym niż 8 dni od przyjęcia, jeśli planowane jest objęcie pacjenta pomocą czynną po wypisaniu ze szpitala. Koordynator opieki niezwłocznie nawiązuje kontakt z pacjentem.

11.8. Do zadań koordynatora opieki należy:

1) identyfikacja potrzeb zdrowotnych (w tym „somatycznych"), potrzeb w zakresie funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz możliwych sposobów ich zaspokojenia w oparciu o zasoby istniejące w lokalnej społeczności;
2) udzielanie pacjentowi informacji o przysługujących mu świadczeniach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i innych formach zabezpieczenia społecznego;
3) współudział w tworzeniu i ewaluacji planów terapii i zdrowienia oraz bieżące monitorowanie ich realizacji;
4) udzielanie pacjentowi wsparcia i informacji o organizacji procesu terapii i zdrowienia oraz jego koordynacja;
5) zagwarantowanie współpracy i wymiany informacji między osobami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej (w szczególności z właściwym lekarzem rodzinnym) oraz wsparcia społecznego;
6) pomoc i wsparcie świadczeniobiorcy w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi;
7) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym świadczeniobiorcy.

11.9. Pacjent ma zapewnioną możliwość zdalnego kontaktu (telefon komórkowy lub inny system teleinformatyczny) ze swoim koordynatorem w godzinach 8:00–18:00 w dni robocze.

1 W rozumieniu prawa pracy, a nie harmonogramu zgłaszanego do NFZ.

11.10. Na jednego koordynatora opieki nie może przypadać więcej niż 30 pacjentów objętych pomocą czynną w przeliczeniu na równoważnik 1 etatu przeliczeniowego.

12

Asystenci zdrowienia

12.1. W CZP zatrudnia się asystentów zdrowienia, którzy udzielają wsparcia psychicznego jego pacjentom, a także osobom zgłaszającym się do PZK.

12.2. Asystentami zdrowienia są osoby, które przebyły kryzys zdrowia psychicznego (psychotyczny) oraz ukończyły odpowiednie szkolenie i uzyskały poświadczenie kwalifikacji lub zdobyły wystarczające doświadczenie w trakcie staży i zatrudnienia w placówkach psychiatrycznych.

12.3. Decyzje o zatrudnieniu i wskazaniu zakresu zadań asystenta zdrowienia podejmuje kierownik CZP. Uzgadnia też sposób dokumentowania czynności pomocowych świadczonych przez asystenta.

12.4. Sposób pełnienia roli pomocowej w zespołach terapeutycznych CZP określa kierownik CZP, uzgadniając go wcześniej w zespołach z udziałem asystentów zdrowienia. Zalecany sposób pełnienia roli zakłada równorzędność udziału odpowiednią do wnoszonych kompetencji.

12.5. Centrum zapewnia asystentom zdrowienia niezbędną pomoc terapeutyczną oraz wsparcie szkoleniowe – indywidualnie i zespołowo (w grupie asystentów).

12.6. Asystent zdrowienia jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej w pełnym zakresie wymaganym w Ustawie (przewiduje się ustawowe uregulowanie dotyczące asystenta zdrowienia).

13

Plan terapii i zdrowienia

13.1. Plan terapii i zdrowienia sporządza się w ramach pomocy czynnej [w warunkach ambulatoryjnych – psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego)] celem określenia indywidualnego postępowania terapeutycznego i innych związanych z nim oddziaływań na rzecz pacjenta. Plan ten może być sporządzony również w ramach innych form pomocy niż pomoc czynna [w ramach ambulatoryjnej i leczenia środowiskowego (domowego)], w szczególności pomocy długoterminowej.

13.2. Plan terapii i zdrowienia zawiera: zwięzłą część diagnostyczną, część planistyczną oraz podpisy osób uzgadniających plan. Część diagnostyczna zawiera w szczególności: podsumowanie oceny problemów zdrowotnych (w tym somatycznych), oceny etapu i składników procesu zdrowienia oraz listy potrzeb społecznych. Część planistyczna zawiera listy: celów podejmowanych działań oraz planowanych metod ich osiągnięcia.

13.3. Plan terapii i zdrowienia sporządza zespół osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, w skład którego wchodzi co najmniej lekarz i koordynator opieki. Plan podlega okresowej ewaluacji przez zespół, nie rzadziej jednak niż raz w roku.

13.4. Plan terapii i zdrowienia oraz każda jego zmiana są przedstawiane świadczeniobiorcy w celu ich uzgodnienia.

13.5. Plan terapii i zdrowienia jest dołączany do dokumentacji medycznej pacjenta.

13.6. W przypadku sporządzenia planu terapii i zdrowienia odstępuje się od ustalania odrębnych planów: terapeutycznego lub leczenia, o których mowa w Załączniku Nr 6 do rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego.[1]

13.7. W przypadku niesporządzenia planu terapii i zdrowienia w ramach innych form pomocy niż pomoc czynna sporządza się odpowiednio plan terapeutyczny lub plan leczenia, o których mowa w Załączniku Nr 6 do rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego.

13.8. W przypadku hospitalizacji (całodobowej) oraz pobytu na oddziale dziennym wyznaczony lekarz przedstawia świadczeniobiorcy plan postępowania terapeutycznego obejmujący ten etap leczenia oraz odnotowuje go w dokumentacji medycznej.

1 Załącznik Nr 6. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz warunki realizacji tych świadczeń.

Załączniki

Ministerstwo Zdrowia

Wytyczne – kategorie medyczne: przypadki pilne i stabilne Psychiatria, 2007 r.

TRYB LECZENIA	RODZAJ ŚWIADCZENIA / ROZPOZNANIE KLINICZNE	KOD ICD - 10	SUGEROWANY CZAS OCZEKIWANIA
PRZYPADKI NAGŁE	Ostre zaburzenia psychotyczne przebiegające z pobudzeniem, zachowaniami zagrażającymi niezależnie od etiologii	F05, F06.0–F06.2, F10–19.4, F10–19.5, F20–F29	–
	Zaburzenia nastroju przebiegające z zachowaniami zagrażającymi, tendencjami samobójczymi – niezależnie od etiologii	F06.3, F30–F39	–
	Reakcja na stres, zaburzenia adaptacyjne, dysocjacyjne przebiegające z zachowaniami zagrażającymi, tendencjami samobójczymi	F43, F44	–
	Zachowania zagrażające w przebiegu otępienia	F00–F03	–
	Zachowania zagrażające w przebiegu upośledzenia umysłowego	F70–F79	–
PRZYPADKI PILNE	Zaburzenia psychotyczne – pozostałe	F06.0, F06.2, F20–F29, F10–19.4, F10–19.5	**< 1 tydzień**
	Zaburzenia nastroju pozostałe	F30–F39, F06.3	
	Zaburzenia odżywiania ze znacznym wyniszczeniem	F50	
	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)	F42	**< 4 tygodnie**
	Zaburzenia zachowania w przebiegu upośledzenia umysłowego	F70–F79	
PRZYPADKI STABILNE	Zaburzenia psychotyczne i nastroju – rehabilitacja psychiatryczna i psychoterapia	F06.0–F06.2 F20–F29 F30–F39 F06.3	**< 3 miesiące**
	Zaburzenia odżywiania przypadki stabilne	F50	
	Uzależnienia	F10–F19	
	Zaburzenia osobowości i zachowania	F07, F60–F69	**< 6 miesięcy**
	Zaburzenia nerwicowe – pozostałe	F40–F48	

Opracowane przez: **prof. dr hab. med. Marek Jarema**
Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii
Wersja z dnia 10 lipca 2007 r.

http://www.usk.umed.lodz.pl/doc/dokumenty/2015/Wytyczne%20Ministerstwa%20Zdrowia%20dot.%20kolejek%20oczekuacych.pdf [dostęp 10.11.2020]

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9
dla osób dorosłych (PHQ-9)

Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy? (Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem „√”)	Wcale nie dokuczały	Kilka dni	Więcej niż połowę dni	Niemal codziennie
1. Niewielkie zainteresowanie lub nieodczuwanie przyjemności z wykonywania czynności	0	1	2	3
2. Uczucie przygnębienia, zatroskania lub beznadziejności	0	1	2	3
3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen albo zbyt długi sen	0	1	2	3
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii	0	1	2	3
5. Brak apetytu lub przejadanie się	0	1	2	3
6. Poczucie niezadowolenia z siebie lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę	0	1	2	3
7. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji	0	1	2	3
8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć. Albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle	0	1	2	3
9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy	0	1	2	3

Całkowity wynik: __

NASILENIE OBJAWÓW DEPRESJI:
brak (0–4 pkt),
lekkie (5–9 pkt),
średnie (10–14 pkt),
średnio ciężkie (15–19 pkt),
ciężkie (20–27)

Geriatryczna skala oceny depresji
(Yesavagej. A. i wsp. 1983)

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź:

	TAK	NIE
1. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z całego swojego życia?		
2. Czy zmniejszyły się Pana/Pani zainteresowania lub liczba zajęć?		
3. Czy ma Pan/Pani poczucie pustki w życiu?		
4. Czy często czuje się Pan/Pani znudzony/a?		
5. Czy zwykle jest Pan/Pani pogodny/a?		
6. Czy obawia się Pan/Pani, że stanie się z Panem/Panią coś złego?		
7. Czy przez większą część czasu czuje się Pan/Pani szczęśliwa?		
8. Czy często czuje się Pan/Pani bezradna?		
9. Czy woli Pan/Pani zostać w domu niż wyjść i spotkać się z ludźmi?		
10. Czy uważa Pan/Pani, że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?		
11. Czy uważa Pan/Pani, że wspaniale jest żyć?		
12. Czy czuje się Pan/Pani gorszy od innych ludzi?		
13. Czy czuje się Pan/Pani pełen/pełna energii?		
14. Czy uważa Pan/Pani, że sytuacja jest beznadziejna?		
15. Czy myśli Pan/Pani, że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani?		

Wynik końcowy: __/15

PUNKTACJA:
0–5 stan prawidłowy
6–10 depresja umiarkowana
11–15 depresja ciężka

Informacja Ministerstwa Zdrowia
nt. organizacji szkolenia z zakresu terapii środowiskowej dla kandydatów na stanowisko terapeuty środowiskowego

Jeśli jesteś organizatorem szkolenia z zakresu terapii środowiskowej i chcesz uzyskać status ośrodka rekomendowanego musisz przesłać odpowiedni wniosek do Ministerstwa Zdrowia.

Gdzie przesłać wniosek

Prześlij wniosek na adres:
Ministerstwo Zdrowia
Departament Rozwoju Kadr Medycznych,
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.

Kiedy przesłać wniosek

Musisz złożyć wniosek co najmniej 2 miesiące przed rozpoczęciem szkolenia.

Co dołączyć do wniosku

Twój wniosek musi zawierać następujące informacje:

1. Nazwa i adres organizatora szkolenia,
2. Szczegółowy plan szkolenia, zgodny z zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia ramowym programem szkolenia z zakresu terapii środowiskowej,
3. Regulamin organizacyjny szkolenia, który określa:
   - szczegółową organizację szkolenia,
   - zasady i sposób naboru osób do udziału w szkoleniu,
   - prawa i obowiązki uczestników szkolenia,
   - zakres obowiązków kierownika szkolenia, wykładowców, opiekunów staży,
   - sposób przeprowadzania egzaminu końcowego, w tym:
     - nazwiska osób wyznaczonych do przeprowadzania egzaminu, które są rekomendowane przez zarząd główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub mają kompetencje specjalisty terapii środowiskowej, tzn.:
       - wykształcenie wyższe,
       - co najmniej 5-letni staż pracy w opiece środowiskowej,

- wiedzę, umiejętności i doświadczenie w zakresie terapii środowiskowej dydaktyki i potwierdzone certyfikatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Informacje dotyczące uzyskania certyfikatu specjalisty terapii środowiskowej są na stronach internetowych Naukowej Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

4. Baza dydaktyczna do prowadzenia zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym:
   - baza do prowadzenia kursów, staży oraz 50 godzin terapii treningowej (miejsca w grupie Balinta lub możliwość udziału w innych formach szkolenia treningowego),
   - miejsce realizacji szkolenia,
   - wyposażenie niezbędne do realizacji szkolenia,
   - informacja o podmiotach innych niż podmiot ubiegający się o status ośrodka rekomendowanego, w których będą organizowane poszczególne zajęcia, w tym deklaracje o współpracy lub umowy przedwstępne,
5. Kadra dydaktyczna wyznaczona do realizacji programu szkolenia, w tym:
   - osoba wyznaczona do pełnienia roli kierownika szkolenia: nazwisko, imię, kompetencje specjalisty terapii środowiskowej,
   - wykładowcy i opiekunowie staży powołani w uzgodnieniu z kierownikiem szkolenia: nazwisko, imię, wykształcenie, wykonywany zawód, staż pracy,
6. Termin, czas trwania i miejsce realizacji szkolenia.
   Jeśli organizator szkolenia, który uzyskał status ośrodka rekomendowanego, zamierza prowadzić szkolenia w kolejnych terminach, musi poinformować, kiedy planuje zajęcia. Powinien też zapewnić, że pozostałe warunki dotyczące organizacji szkolenia nie zmieniły się.
7. Wewnętrzny system monitorowania jakości kształcenia (przeprowadzany np. w formie ankiet).

Krok po kroku

1. W ciągu 7 dni przekażemy twój wniosek do Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, która go zaopiniuje.
2. Opinia powinna zostać przygotowana i odesłana do nas w ciągu 21 dni.
3. Gdy tylko otrzymamy opinię, natychmiast prześlemy ją do ciebie.
4. Na naszej stronie internetowej opublikujemy wykaz podmiotów prowadzących szkolenie z zakresu terapii środowiskowej dla kandydatów na stanowisko terapeuty środowiskowego (aktualny wykaz w ZAŁĄCZNIKU 5).

5. Twój podmiot znajdzie się na niej, jeśli uzyska pozytywną opinię Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Materiały

- Ramowy program szkolenia z zakresu terapii środowiskowej dla kandydatów na stanowisko terapeuty środowiskowego
  https://www.gov.pl/attachment/d69bae12-6218-4713-b821-aa7288ed8a6a
- Ośrodki organizujące szkolenia
  https://www.gov.pl/attachment/0d344cbf-941a-4a03-af0c-13c1fe02900c
- Podmioty spełniające warunki ośrodków stażowych
  https://www.gov.pl/attachment/447025cd-40a5-49f5-901c-7cedd219a6f6

Wszystkie informacje dostępne są na stronie Ministerstwa Zdrowia pod linkiem:
https://www.gov.pl/web/zdrowie/szkolenie-z-zakresu-terapii-srodowiskowej-dla-kandydatow-na-stanowisko-terapeuty-srodowiskowego

Ośrodki organizujące szkolenia dla terapeutów środowiskowych, rekomendowane przez Sekcję Naukową Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (stan na 12.11.2020 r.)

Nazwa organizatora szkolenia	Adres
„INTEGRACJA" Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi	ul. A. Grottgera 25a, 00-785 Warszawa
Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej	Plac Sikorskiego 2/8, 31-115 Kraków
Śląskie Stowarzyszenie „AD VITAM DIGNAM"	ul. J. Korczaka 27, 40-430 Katowice
Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie	ul. Projektowa 4, 20-209 Lublin

Podmioty, które uzyskały pozytywną opinię Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w zakresie spełnienia warunków ośrodków stażowych dla szkolenia terapeutów środowiskowych

Nazwa organizatora szkolenia	Adres
Bródnowskie Stowarzyszenie Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „POMOST"	ul. Św. Wincentego 85, 03-291 Warszawa
Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego w Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej	ul. Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa
Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Cegłowska 80, 01-809 Warszawa
Środowiskowy Dom Samopomocy nr 2 w strukturach Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m. st. Warszawy	ul. Grębałowska 14, 01-808 Warszawa

https://www.gov.pl/web/zdrowie/szkolenie-z-zakresu-terapii-srodowiskowej-dla-kandydatow-na-stanowisko-terapeuty-srodowiskowego [dostęp 14.11.2020]

Aneks

REKOMENDACJE
Dotyczące stworzenia telemedycznego systemu CZP

Jako uzupełnienie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w Centrach Zdrowia Psychicznego

PRZYGOTOWAŁ: **prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Marek Krzystanek**,
kierownik Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i Przewodniczący Naukowej Sekcji Telepsychiatrii PTP

Wprowadzenie

Telemedycyna, w szczególności telepsychiatria (cyberpsychiatria), polega na wykorzystaniu nowoczesnej technologii cyfrowej do zdalnego świadczenia usług medycznych w wirtualnej przestrzeni Internetu przy użyciu platform internetowych i poprzez aplikacje zainstalowane w komputerach stacjonarnych/laptopach, tabletach i smartfonach lub też bezpośrednio z poziomu przeglądarek internetowych na stronach internetowych. Główną formą leczenia cyberpsychiatrycznego jest połączenie wideokonferencyjne, odbywające się w różnej konfiguracji między komputerem osobistym, tabletem i smartfonem (Krzystanek 2019). W Aneksie do Rekomendacji przedstawiono przegląd dotychczasowych rozwiązań telemedycznych, używanych w leczeniu zaburzeń psychicznych.

Przedstawiony mi Projekt Organizacji Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) jest fundamentalną koncepcją, której realizacja ma szansę dokonać totalnej transformacji polskiego systemu opieki psychiatrycznej. Dostrzegam jednak zagrożenie polegające na ogromnej złożoności tego wieloelementowego systemu trudnego do objęcia i ciągłej integracji przez ludzki umysł i z tego powodu – niebezpieczeństwie jego dezintegracji albo niewydolności. Dlatego chciałbym przedstawić swoje rekomendacje, dotyczące uzupełnienia tej koncepcji przez telemedyczny system CZP, wykorzystujący nowoczesne technologie telemedyczne oraz narzędzia sztucznej inteligencji i umożliwiający

skoordynowanie i ciągłą optymalizację działania systemu CZP, opartego na stworzonych przez twórców systemu algorytmach działania. System w dalszej perspektywie może być wzbogacony technologią *data mining*, analizą wydźwięku wypowiedzi czy też treningami z użyciem rzeczywistości wirtualnej i poszerzonej rzeczywistości. Wszystkie opisane w rekomendacjach rozwiązania są realne i jako osoba realizująca i wdrażająca podobne rozwiązania gwarantuję swoim doświadczeniem klinicznym i technologicznym możliwość ich realizacji. Przedstawione przeze mnie rekomendacje mają charakter ramowy. W miarę potrzeby jestem w stanie opracować rozwiązania szczegółowe.

Proponuję zintegrować z przedstawionym projektem standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej Centrów Zdrowia Psychicznego telemedyczne rozwiązanie informatyczne o charakterze organizacyjno-diagnostyczno-terapeutycznym. Rozwiązanie takie będzie integrować elementy nowego systemu organizacji CZP, standaryzować stawianie diagnoz i określanie stanu klinicznego pacjentów jak również optymalizować zarówno leczenie farmakologiczne jak również rekomendować optymalny plan terapeutyczny, dostosowany indywidualnie do każdego nowego pacjenta. Taki telemedyczny system informatyczny będzie ponadto prowadzić monitoring zarówno poszczególnych efektów terapeutycznych jak i szacować efektywność całego systemu, co pozwoli na generowanie raportów jak również na zbieranie danych medycznych, które mogą być wykorzystane do badań epidemiologicznych jak również naukowych.

Taki system informatyczny, opierając się na najnowszych rozwiązaniach technologicznych związanych ze sztuczną inteligencją, tzn. na uczeniu maszynowym oraz uczeniu głębokim, będzie interaktywnym narzędziem dla użytkowników systemu, zarówno pacjentów jak i terapeutów. Samouczące się algorytmy sztucznej inteligencji będą w stanie integrować wszystkie dane dotyczące pojedynczego pacjenta gromadzone na przestrzeni czasu oraz na bieżąco analizować ciągle rosnącą bazę danych wszystkich pacjentów, gromadzoną przez system. Pozwoli to generować wnioski oparte na efektach wszystkich form terapii i interwencji stosowanych w systemie, obejmującym dowolnie poszczególne centra zdrowia psychicznego i cały ich system. W ten sposób telemedyczny system stanie się cyfrowym systemem kognitywnym – inteligentnym narzędziem wspomagającym prowadzenie terapii przez użytkowników. System pozwoli w szczególności:

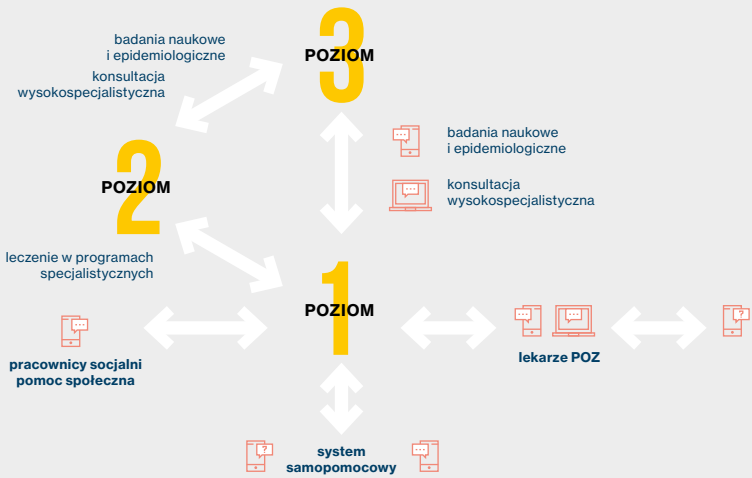
- prowadzić szyfrowane wideopołączenie pomiędzy użytkownikami CZP;
- przeprowadzić wstępną diagnozę problemu;

- przeprowadzić diagnozę przesiewową problemu psychicznego opartą na standardach diagnostycznych klasyfikacji ICD;
- ustalać propozycję leczenia na podstawie analizy danych z gromadzonej bazy danych;
- ustalać propozycje planu terapeutycznego na podstawie analizy danych z gromadzonej bazy danych;
- prowadzić monitoring stanu psychicznego pomiędzy wizytami lub telewizytami;
- aktywnie przypominać pacjentom o konieczności zażywania leków;
- prowadzić monitoring potwierdzonych zażyć leków;
- organizować współpracę pracowników CZP na poszczególnych poziomach oraz z lekarzami POZ;
- umożliwiać monitoring i ocenę programów prowadzonych na poziomie III (wyspecjalizowanej opieki specjalistycznej);
- generować raporty dla osób prowadzących terapię jak również dla pacjentów;
- transferować istotne dane medyczne z informatycznym systemem szpitalnym;
- prowadzić na urządzeniu mobilnym dokumentację medyczną leczenia;
- prowadzić aktywny system przypominania o wizytach i wideowizytach dla terapeutów i pacjentów;
- prowadzić inteligentny organizator pracy, wypełniający prededykowane przez terapeutów okresy ich dostępności wideowizytami i wizytami, z uwzględnieniem hierarchii ich pilności;
- pozwolić na automatyzację koordynacji działania poszczególnych terapeutów CZP, odbarczając osoby pracujące w punktach zgłoszeniowo-koordynacyjnych i rezerwując ich rolę do kontaktów nietypowych, wymagających ich osobistego zaangażowania.

Wszystkie te funkcjonalności umożliwią efektywne działanie poszczególnych CZP i ich całego systemu krajowego.

Proponowana architektura telemedycznego systemu CZP

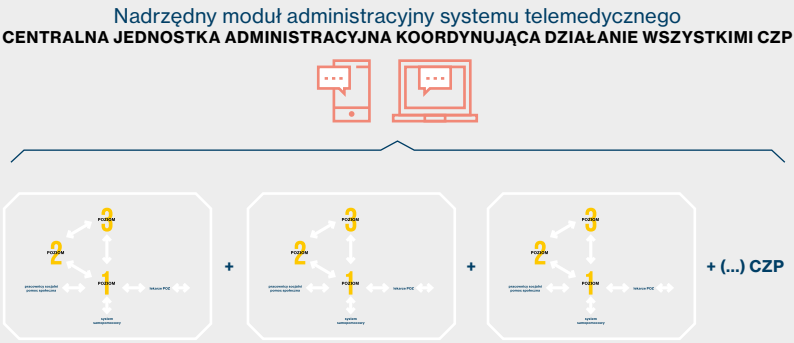
W przypadku każdego CZP system posiadać będzie trzy moduły, dostosowane do trzech poziomów organizacji CZP (RYSUNEK 1).



RYSUNEK 1. *Schemat architektury systemu telemedycznego CZP. Na poziomie podstawowym (Poziom 1) system zapewnia integrację oddziaływań realizatorów opieki medycznej. System wspomaga ruch pacjentów oraz konsultacje pacjentów z Poziomu podstawowego z Poziomem 2 i 3. Na Poziomie 2 system organizuje konsultacje wysokospecjalistyczne z Poziomu 3. Na Poziomie 3 (kliniki) system pozwala na zbieranie, integrację i analizę danych do badań naukowych, epidemiologicznych i raportujących efektywność systemu. Przedstawiony system telemedyczny dla pojedynczego CZP jest integrowany z poziomu nadrzędnej instytucji (organ administrujący wszystkimi CZP) przez nadrzędny moduł administracyjny systemu telemedycznego.*

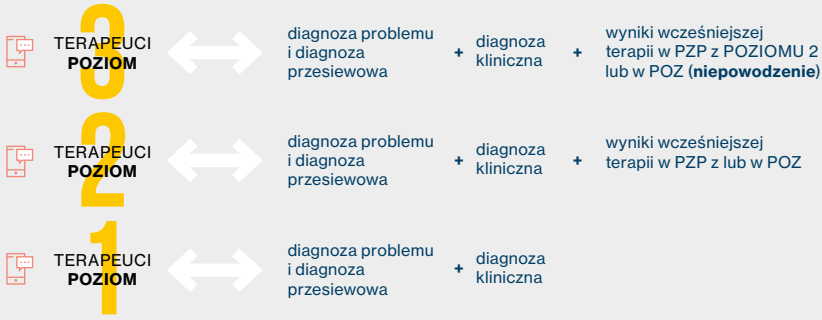
Na poziomie modułu I° (podstawowego) system będzie dostępny również dla lekarzy rodzinnych, pracowników socjalnych i pracowników pomocy społecznych. Na poziomie modułu II° (wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej) system będzie zintegrowany z modułem I° i III°, podobnie jak moduł III° będzie zintegrowany z pozostałymi. W przypadku każdego z CZP trzy moduły systemu będą obejmować i integrować wszystkie składowe CZP na danym terenie. Moduły III° różnych CZP będą zintegrowane

ze sobą na obszarze całej Polski, umożliwiając prowadzenie badań naukowych oraz monitorowanie efektywności działania całego systemu w skali kraju. Integracja systemu telemedycznego wszystkich CZP w Polsce będzie realizowana z poziomu nadrzędnej instytucji (organu administrującego wszystkimi CZP), do której przypisany będzie nadrzędny moduł administracyjny systemu telemedycznego CZP (RYSUNEK 2).



RYSUNEK 2. *System 300 CZP w Polsce byłby integrowany i zarządzany z poziomu informatycznego modułu centralnego instytucji administrującej systemem wszystkich CZP w kraju.*

Na każdym poziomie telemedycznego systemu CZP dla terapeutów dostępne byłyby dane dotyczące pacjenta, zgromadzone wcześniej. Byłyby one różne dla poziomu 1, 2 i 3 (RYSUNEK 3).



RYSUNEK 3. *Telemedyczny system CZP dostarczałby terapeutom każdego poziomu raporty graficzne i dane medyczne dotyczące diagnozy i wyników dotychczasowego leczenia.*

Poniżej opisano proponowane telemedyczne elementy systemu, dedykowane poszczególnym poziomom CZP. Poszczególne moduły (aplikacje) systemu są integralną częścią składową tworzącą każdy telemedyczny system danego CZP.

POZIOM 1 (moduł podstawowy)

APLIKACJA I° PACJENT

Aplikację mobilną telemedycznego systemu CZP będzie mógł pobrać każdy pacjent z *AppStore* lub *GooglePlay*. Będzie ona bezpłatna – pacjent będzie musiał zarejestrować się używając swoich danych osobowych i identyfikatorów używanych w systemie ochrony zdrowia. Na ich podstawie aplikacja mobilna przypisze go do danego CZP. Następnie aplikacja PACJENT przeprowadzi z pacjentem wstępną analizę problemu oraz diagnozę przesiewową. Dane te zostaną wysłane do telemedycznego systemu CZP, który przypisze je do terapeuty (terapeutów) i pozwoli pacjentowi na rejestrację wizyty zdalnej lub stacjonarnej u terapeuty. System określi też priorytet czasowy zrealizowania danej konsultacji. Po pierwszym kontakcie z terapeutą, aplikacja będzie umożliwiać prowadzanie kolejnych wideowizyt u terapeuty, jak również będzie proaktywnie monitorować stan zdrowia pacjenta oraz aktywnie przypominać o realizacji zaleceń terapeutycznych. Aplikacja będzie również umożliwiać prowadzenie wideopołączeń pomiędzy pacjentami w ramach grup samopomocowych, jak również sesji psychoterapeutycznych indywidualnych lub udział w psychoterapeutycznych sesjach grupowych. Aplikacja umożliwi dostęp do edukacji, wideoedukacji i biblioedukacji w formie korzystania z zasobów przez wyszukiwarkę, jak również aktywnego doboru tematów edukacyjnych przez system telemedyczny CZP. Dane medyczne z prowadzonej terapii są gromadzone i analizowane przez system telemedyczny CZP.

APALIKACJA I° TERAPEUTA

Aplikacja ta przeznaczona jest dla wszystkich pracowników poziomu podstawowego, w tym lekarzy, psychologów, psychoterapeutów, pracowników socjalnych, koordynatorów opieki itd. Aplikację mobilną telemedycznego systemu CZP będzie mógł pobrać każdy terapeuta 1 Poziomu z *AppStore* lub *GooglePlay*. Po wprowadzeniu swoich danych osobowych aplikacja powiąże go z danym CZP. Od tego momentu terapeuta będzie aktywny w systemie telemedycznym CZP, a system będzie kontaktował go z pacjentami, którzy wymagają jego opieki. System będzie również generować raporty

graficzne, dotyczące każdego pacjenta, umożliwiające wgląd w realizowanie zaleceń terapeutycznych. Dane medyczne z prowadzonej terapii są gromadzone i analizowane przez system telemedyczny CZP.

APLIKACJA I° LEKARZ POZ

Aplikację mobilną telemedycznego systemu CZP będzie mógł pobrać każdy lekarz rodzinny z *AppStore* lub *GooglePlay*. Po rejestracji aplikacja przypisze go do danego CZP. Aplikacja umożliwi prowadzenie konsultacji pacjenta przez lekarza rodzinnego z terapeutami Poziomu podstawowego i Poziomu 2. Lekarz POZ, żeby przeprowadzić konsultację, będzie musiał opisać w aplikacji problem, a jego pacjent w APLIKACJI PACJENT, przed kontaktem lekarza POZ z terapeutą, przejdzie wstępną analizę problemu oraz diagnozę przesiewową. Na tej podstawie system telemedyczny CZP powiąże danego lekarza POZ z terapeutą lub terapeutami 1 lub 2 Poziomu, którzy skonsultują problem z lekarzem POZ. System umożliwi lekarzowi wyznaczenie terminu wideokonsultacji. Dane medyczne z prowadzonej terapii będą gromadzone i analizowane przez system telemedyczny CZP.

POZIOM II (wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej)

APLIKACJA II° TERAPEUTA

Aplikację mobilną telemedycznego systemu CZP będzie mógł pobrać każdy terapeuta II poziomu z *AppStore* lub *GooglePlay*. Po rejestracji aplikacja przypisze go do danego CZP. Od tego momentu terapeuta ten będzie aktywnym uczestnikiem systemu. Aplikacja umożliwi mu prowadzenie wideopołączeń z pacjentami, jak również dwukierunkowe prowadzenie wideokonsultacji z lekarzami 1 i 2 poziomu także lekarzami POZ. Dane medyczne z prowadzonej terapii będą gromadzone i analizowane przez system telemedyczny CZP.

APLIKACJA II° PACJENT

Aplikację mobilną telemedycznego systemu CZP będzie mógł pobrać każdy pacjent z *AppStore* lub *GooglePlay*. Będzie ona bezpłatna – pacjent będzie musiał zarejestrować się korzystając ze swoich danych osobowych i identyfikatorów używanych w systemie ochrony zdrowia. Na ich podstawie aplikacja mobilna przypisze go do danego CZP.

Następnie aplikacja PACJENT przeprowadzi z pacjentem wstępną analizę problemu oraz diagnozę przesiewową. Dane te zostaną wysłane do telemedycznego systemu CZP, który przypisze je do terapeutów 2 Poziomu i pozwoli pacjentowi na rejestrację wizyty zdalnej lub stacjonarnej z terapeutą. System określi też priorytet czasowy zrealizowania danej konsultacji. Po pierwszym kontakcie z terapeutą, aplikacja będzie umożliwiać prowadzanie kolejnych wideowizyt z terapeutą, jak również będzie proaktywnie monitorować jego stan zdrowia oraz aktywnie przypominać o realizacji zaleceń terapeutycznych. Aplikacja będzie również umożliwiać prowadzenie wideopołączeń pomiędzy pacjentami w ramach grup samopomocowych, jak również sesji psychoterapeutycznych indywidualnych lub udział w psychoterapeutycznych sesjach grupowych. Aplikacja może zawierać specjalistyczne moduły terapeutyczne lub treningowe przypisane do Poziomu 2. Aplikacja umożliwi dostęp do edukacji, wideoedukacji i biblioedukacji w formie korzystania z zasobów przez wyszukiwarkę, jak również aktywnego doboru tematów edukacyjnych przez system telemedyczny CZP. Dane medyczne z prowadzonej terapii będą gromadzone i analizowane przez system telemedyczny CZP.

POZIOM 3 (opieki wysokospecjalistycznej) – trzeci poziom referencyjny

APLIKACJA III° TERAPEUTA

Aplikację mobilną telemedycznego systemu CZP będzie mógł pobrać każdy terapeuta 3 Poziomu z *AppStore* lub *GooglePlay*. Po rejestracji aplikacja przypisze go do danego CZP. Od tego momentu użytkownik będzie mógł prowadzić wysokospecjalistyczne konsultacje z terapeutami 2 Poziomu, 1 Poziomu oraz lekarzami rodzinnymi, jeżeli system telemedyczny CZP określi potrzebę wysokospecjalistycznej konsultacji właśnie z terapeutą III stopnia. W sytuacji niepowodzenia terapii prowadzonej na I lub II poziomie system może również połączyć ze sobą terapeutę 3 Poziomu z pacjentem. W takim przypadku terapeuta 3 Poziomu będzie mieć dostęp do raportów graficznych i danych medycznych pacjenta, obejmujących całe dotychczasowe leczenia.

APLIKACJA III° PACJENT

Aplikację mobilną telemedycznego systemu CZP będzie mógł pobrać każdy pacjent z *AppStore* lub *GooglePlay*. Będzie ona bezpłatna – pacjent będzie musiał zarejestrować

się korzystając ze swoich danych osobowych i identyfikatorów używanych w systemie ochrony zdrowia. Na ich podstawie aplikacja mobilna przypisze go do danego CZP, w tym przypadku do Poziomu 3 (wysoko specjalistycznego). Następnie aplikacja PACJENT przeprowadzi z pacjentem wstępną analizę problemu oraz diagnozę przesiewową. Dane te zostaną wysłane do telemedycznego systemu CZP, który przypisze je do terapeutów 3 Poziomu. Aplikacja będzie proaktywnie monitorować jego stan zdrowia oraz aktywnie przypominać o realizacji zaleceń terapeutycznych. Aplikacja może zawierać specjalistyczne moduły terapeutyczne, treningowe przypisane do Poziomu 3. Aplikacja umożliwi dostęp do edukacji, wideoedukacji i biblioedukacji w formie korzystania z zasobów przez wyszukiwarkę, jak również aktywnego doboru tematów edukacyjnych przez system telemedyczny CZP. Dane medyczne z prowadzonej terapii będą gromadzone i analizowane przez system telemedyczny CZP.

Bezpieczeństwo danych

System zapewni wielopoziomowe szyfrowanie danych. Dane przetwarzane przez system sztucznej inteligencji, trafiające do wspólnej bazy danych będą zanonimizowane i używane do optymalizacji efektów terapii oraz planowania optymalnej kolejności interwencji terapeutycznych dla każdego nowego pacjenta leczonego przy użyciu telemedycznego systemu CZP.

Skale kliniczne

System będzie bazował na autorskim rozwiązaniu, pozwalającym jednocześnie diagnozować jak i określać profil nasilenia objawów klinicznych pacjenta. Pozwoli to na uwolnienie się od opłat związanych z używaniem skal psychometrycznych objętych prawami autorskimi. W systemie możliwe będzie implementowanie wystandaryzowanych skal psychometrycznych, jako narzędzi do prowadzenia badań naukowych.

Podsumowanie

Przedstawiona wizja przenika się i pokrywa z nadrzędnym dla niej projektem organizacji CZP. Moim zdaniem, do jej realizacji potrzebne jest zaplanowanie w organizacji standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej centralnej jednostki administracyjnej – instytucji koordynującej działania wszystkich planowanych 300 CZP w Polsce. Instytucja ta zajmowałaby się budową, utrzymywaniem i rozwojem telemedycznego systemu CZP.

Przegląd badań telemedycznych z obszaru telepsychiatrii

Telepsychiatria pozwala zapewnić pacjentom wygodny i natychmiastowy dostęp do konsultacji lekarskiej bez wychodzenia z domu. Metoda ta, zastosowana w leczeniu chorych ze schizofrenią, umożliwia lepszą kontrolę przestrzegania zaleceń oraz zwiększa szanse na uzyskanie przez pacjenta odpowiedniej interwencji psychospołecznej. Telemedycyna może być wsparciem w klasycznych procedurach terapeutycznych schizofrenii. Jest ona wykorzystaniem technologii teleinformatycznych do zdalnego świadczenia usług medycznych, korzystając z protokołów komunikacyjnych i systemów obrazowania przeznaczonych dla technologii internetowych, przy zastosowaniu platform webowych. Są one powiązane lub połączone z aplikacjami, zainstalowanymi na urządzeniach zewnętrznych jak laptopy, tablety lub smartfony oraz na komputerach stacjonarnych lub stacjach roboczych. Systemy te dostępne są z poziomu aplikacyjnego lub jako technologie webowe, bezpośrednio poprzez przeglądarki www. Podstawowym nośnikiem danych i informacji od/do pacjenta jest protokół umożliwiający połączenie wideokonferencyjne, które może zostać zestawione poprzez stację roboczą, tablet, notebooka, netbooka czy nawet smartfon. Proponowana dla tych działań nazwa cybermedycyna jest odrzucana przez samych informatyków, którzy twierdzą, iż w tym przypadku zachodzi różnica urządzenia i protokołu, nie samego typu komunikacji. W efekcie do wszystkich tych rozwiązań stosuje się nazwę telemedycyna. Niejednokrotnie stosowany termin „cyberpsychiatria" prawdopodobnie zostanie zamiennikiem innego – *Robotic Psychiatry*, dotyczącego realizowania konsultacji psychiatrycznych przy pomocy chatbotów i aplikacji bądź systemów *Artificial Intelligence* (Spiegiel). Rozwiązania te pozwalają na korzystanie z opieki medycznej osobom, które z powodu odległości bądź ograniczonych możliwości czasowych nie mogą korzystać z normalnej pomocy lekarskiej np. osobom zajętym, które mogą zaniedbać swoje zdrowie z powodu braku czasu na kontakt z lekarzem, psychoterapeutą lub osobom mieszkającym w dużej odległości od lekarza.

Poniżej przedstawiono przegląd istotnych badań telemedycznych, dotyczących zastosowania telemedycyny w diagnostyce, terapii, monitorowaniu efektów leczenia i działań niepożądanych oraz edukacji i prewencji problemów psychiatrycznych w populacji ogólnej.

Zespół naukowców z uniwersytetów medycznych w Hamburgu i Greifswaldzie (Stentzel 2018) zajął się terapią lekową w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej w warunkach wspomagania terapii przy pomocy telepsychiatrii. Stanowiło to podstawę radomizowanego badania trialowego, dotyczącego niestacjonarnego leczenia pacjentów z ciężkimi przypadkami schorzeń psychiatrycznych w warunkach wspomagania telemedycznego (Tecla). Wykonano regresję ze względu na płeć, wykształcenie, poziom funkcjonowania, wykonywaną pracę, wspomaganie oraz przyjmowane typowe i nietypowe leki antypsychotyczne. Analiza objęła 127 osób, z czego 73 to mężczyźni, przy medianie wieku 42 lata. Pozytywne rezultaty przy wsparciu telemedycznym otrzymano dla pacjentów pracujących, w wieku starszym, na wyższym poziomie funkcjonowania, ze wspomaganiem społecznym, przyjmujących typowe leki antypsychotyczne. Co ciekawe, w tym badaniu czynnikiem negatywnym była płeć – w przypadku kobiet otrzymanie pozytywnych rezultatów było trudniejsze.

Kolejny zespół dokonał analizy dwóch systemów zaimplementowanych w VHA – *My HealtheVet* i *Clinical Video Telehealth*. *My HealtheVet* to portal zawierający personalne dane i wyniki badań każdego weterana, który się w nim zarejestruje, zaś *Clinical Video Telehealth* to interaktywny, synchroniczny system wideokonferencyjny, który umożliwia kontakt weterana-pacjenta z lekarzem lub całym centrum opieki. Warto zauważyć, że 71,72% z 2,17 mln weteranów nie jest użytkownikami obu systemów, a tylko 1,51% używa ich obu. Według badaczy pacjenci z różnymi postaciami schizofrenii lub chorobami schizoafektywnymi, rzadziej chcą używać *My HealtheVet* lub żadnego z systemów niż osoby z diagnozami dotyczącymi innych schorzeń psychicznych. Jednak mimo iż pacjenci z terenów wiejskich mają o 17% mniejsze szanse na użycie obu aplikacji, zwłaszcza *Clinical Video Telehealth*, wśród używających obu aplikacji jest ich więcej niż pacjentów ze schorzeniami psychicznymi z dużych i wielkich miast. Badanie dotyczące lat 2007–2012 wykazało, że przed aplikacjami *eHealth* dla weteranów jeszcze długa droga do uzyskania znaczącego udziału procentowego w tej grupie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Podobne badania przeprowadził zespół Fortneya (2015) zajmujący się terapiami zdalnymi dla weteranów z PTSD, który opracował program *Telemedicine Outreach for PTSD* (TOP). W trakcie eksperymentów losowo przydzielano uczestniczących do grup TOP lub terapii standardowych. W czasie 12-miesięcznego eksperymentu wykazano, iż 73 ze 133 pacjentów przydzielonych do grupy TOP brało udział w terapii kognitywnej, podczas gdy w 132-osobowej grupie UC było to 16 pacjentów. Szybciej w grupie TOP odnotowano też spadek objawów PTSD w *Posttraumatic Diagnostic Scale* i był on też głębszy niż w grupie UC i stały.

Próby telepsychiatrii z wykorzystaniem Internetu prowadzone były już w Polsce, jednak porady internetowe w formie wiadomości e-mail nie mogą stanowić ekwiwalentu wizyty odbywanej w kontakcie osobistym (Krzystanek 2008). Szczególnie w psychiatrii w ocenie stanu zdrowia pacjenta ważne są mimika i mowa ciała (pantomimika), które korespondują z treściami przekazywanymi drogą werbalną. Obserwacja zachowania chorego w czasie badania psychiatrycznego, a nie tylko przekaz werbalny, jest konieczna dla wiarygodnej oceny jego stanu psychicznego. Bez możliwości bezpośredniego kontaktu z pacjentem telepsychiatria sprowadza się do odpowiedzi na wiadomości wysyłane do lekarza od pacjenta, w których lekarz może jedynie w sposób bardzo ostrożny i ogólnikowy sugerować choremu dalsze postępowanie (Terry 2000). W większości przypadków sugestie te sprowadzają się do zalecenia spotkania się i bezpośredniej rozmowy z lekarzem psychiatrą.

Szczególnie w psychiatrii w ocenie stanu zdrowia pacjenta ważne są mimika i mowa ciała (pantomimika), które korespondują z treściami przekazywanymi drogą werbalną.

Zespół z National Institute of Mental Health and Neuro Sciences w Bangalore (Gowda 2018) poczynił interesujące ustalenia. Otóż zbadano efekty 139 konsultacji telepsychiatrycznych pacjentów ze stanu Karnataka, dokonywanych od stycznia 2013 do stycznia 2017. Jak twierdzono przeważały osoby młode – mediana wynosiła 31 lat, ale aż 79,8% miało powyżej 18 lat, mężczyźni (61,8%). Największy procent bo 25,9% zdiagnozowano w kierunku schizofrenii lub podobnych schorzeń, po 14,4% wykazywało upośledzenie umysłowe lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych, podczas gdy 13,7% cierpiało na nieokreślone zmiany nastroju. 67,7% pacjentów było w trakcie leczenia farmakologicznego, 24,4% zalecono dalszą diagnostykę szpitalną, 7,9% było w trakcie farmakologicznie wspomaganej rehabilitacji. Większość pacjentów określała konsultacje telepsychiatryczne jako „pomocne i użyteczne", choć jak zaznaczono, ich wprowadzenie na szerszą skalę wymagałoby dłuższych badań. Warto też zaznaczyć, że 139 konsultacji telepsychiatrycznych w 4 lata nie jest specjalnie wysoką liczbą w kraju takim jak Indie. Wynika z tego pytanie, czy pacjenci byliby zainteresowani zdalnymi terapiami psychiatrycznymi. Na to pytanie odpowiada praca zespołu australijskiego. Badacze w swojej pracy usiłowali odpowiedzieć na wątpliwość, czy osoby z poważnymi schorzeniami psychicznymi mogą i będą zainteresowane terapiami lub interwencjami medycznymi online (Thomas 2017). Naukowcy z Centre for Mental Health oraz The Alfred and Monash University Central Clinical School próbowali to sprawdzić przy pomocy kwestionariusza w centrum

usług psychiatrycznych w Melbourne. Wypełniło go 100 osób, przy czym około 75% stwierdziło, iż stale korzysta z Internetu, z czego 66% robi to przynajmniej raz w tygodniu lub częściej. Około połowa korzysta raz na tydzień lub częściej z e-maila, zaś 1/3 to stali użytkownicy sieci społecznościowych. Jedynie mniejszość ankietowanych używa Internetu do pozyskiwania informacji dotyczących zdrowia psychicznego, używając do tego stron wyposażonych w *streaming* i informacyjnych stron www, przy czym i tak loguje się na nich częściej niż na forach sieciowych dotyczących zdrowia psychicznego. Mimo tego większość ankietowanych była zainteresowana możliwością udziału w programie, który umożliwiałby interwencje medyczne w zakresie terapii online.

Bardzo ciekawe badania przeprowadził zespół międzynarodowy kierowany przez prof. Lionisa z University of Crete (Athanasopoulou 2017). Zwrócił on uwagę na to, że chorzy na schorzenia spektrum schizofrenii poszukują często informacji w Internecie, przy czym dotyczy to zarówno leczenia, jak i funkcjonowania w społeczeństwie czy nawet objawów. Często uzyskane informacje stają się przy tym ważnym przyczynkiem do podejmowania przez nich decyzji o terapii czy też jej odłożeniu. Teoretycznie, według agendy unijnej, informacje dotyczące zdrowia psychicznego powinny być w państwach członkowskich na podobnym poziomie. Aby to sprawdzić, badacze dokonali analizy portali i usług oferowanych chorym na schorzenia spektrum schizofrenii przez kliniki psychiatryczne w Finlandii i w Grecji oraz działań podejmowanych w Internecie fińskich i greckich chorych. W eksperymencie brało udział 229 osób ze zdiagnozowanymi schorzeniami ze spektrum schizofrenii. Jak się okazało 87% fińskich uczestników eksperymentu stale używało Internetu do pozyskiwania informacji dotyczących choroby, podczas gdy greckich tylko 33,33%; greccy pacjenci stwierdzali, iż po prostu nie jest im to potrzebne. Spośród użytkowników Internetu 61,55% fińskich pacjentów i 20,61% greckich poszukiwało w sieci informacji dotyczących zdrowia psychicznego i wszelkich schorzeń, także somatycznych. Mimo wszystko poziom pozyskiwania informacji na temat zdrowia w sieci, mierzony wskaźnikiem *eHealth literacy*, jest dla fińskich internautów ledwo *moderate*, zaś dla greckich „low". I mówimy tu o Finlandii, przodującej we wszystkich światowych rankingach i wskaźnikach użytkowania Internetu w życiu codziennym! Można powiedzieć, iż to badanie ustawia właściwą perspektywę jeśli chodzi o stopień pozyskiwania z Internetu informacji dotyczących terapii przez pacjentów ze spektrum schizofrenii.

Warto wspomnieć o ciekawych badaniach australijskich. Zespół naukowców z Melbourne (Williams 2018) zajął się eksperymentalnym programem SMART (*Self-Manage-*

ment And Recovery Technology), w ramach którego tworzono platformę internetową do wymiany doświadczeń osób z rozpoznanymi schorzeniami psychicznymi, u których stwierdzono poprawę. Miała to być dodatkowa platforma wspomagania leczenia i jednocześnie źródło informacji dla osób zdrowych. Próba uczestniczących w badaniach była niewielka, wynosząca 36 osób. Ocena eksperymentu była bardzo pozytywna ze strony wszystkich uczestników, którzy podkreślali wrażenie łączności z innymi osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji oraz możliwość przekazania swoich doświadczeń innym. Według badanych, możliwość przekazu wideo powinna być stałą częścią platform wspomagających osoby ze schorzeniami psychicznymi i zaburzeniami osobowości.

Według badanych, możliwość przekazu wideo powinna być stałą częścią platform wspomagających osoby ze schorzeniami psychicznymi i zaburzeniami osobowości.

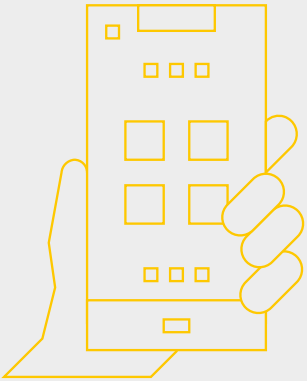
W przypadku psychoterapii prowadzonej zdalnie istotne są nie tylko wideokonsultacje. AR i VR umożliwią budowanie środowisk ekspozycyjnych, czasem niedostępnych dla pacjenta tu i teraz. Umożliwia to behawioralną terapię ekspozycyjną z habituacją pacjenta na sytuację fobiczną. Środowisko rzeczywistości wirtualnej może być wykorzystywane również w terapii innych zaburzeń psychicznych. Obecnie rozwija się tego typu kierunek w psychiatrii, oparty m.in. na grach online oraz aplikacjach do neuro-, bio-, czy breathing *feedback'u*.

Z kolei terapie zdalne w psychiatrii mogą też wspomóc ogniskujące się w nowoczesnej psychiatrii oddziaływania na pacjencie i terapii środowiskowej. Telemedycyna psychiatryczna oprócz możliwości leczenia w miejscu zamieszkania pacjenta albo w miejscu, w którym on aktualnie przebywa, umożliwia również prowadzenie oddziaływań terapeutycznych pomiędzy wizytami stacjonarnymi i wideokonsultacjami. Przykładem są powstające obecnie rozbudowane aplikacje klienckie, materiały edukacyjne na kanałach YT czy witrynach internetowych oraz dedykowane rozwiązania mobilne jak choćby *EduApp* – aplikacja dostępna w *AppStore* i na *GooglePlay*. Psychiatria telemedyczna jest także tworzeniem aplikacji lub witryn czy forów samopomocowych dla pacjentów, w różny sposób wspomagających wykonywanie zaleceń lekarza i przedłużających je; przykładowo

w formie wzmocnień pozytywnych, rejestrowania aktywności ruchowej czy prowadzenia dzienniczków samoobserwacji, z których raporty mogą być następnie omawiane z lekarzem.

Możliwościami wspomagania terapii spektrum schizofrenii, prowadzonymi w sposób standardowy przez wszystkie rozwiązania *eHealth*, zajął się interdyscyplinarny zespół amerykański (Treisman 2016). Eksperci w trakcie dyskusji okrągłego stołu zwrócili uwagę na to, że po pierwsze rozwiązania będą się szybko zmieniały, po drugie *eHealth* będzie miało swoje ograniczenia, jak bezpieczeństwo i ochrona prywatności w aplikacjach ale i także przewagi jakimi są m.in. możliwość monitorowania pacjenta w czasie rzeczywistym, stworzenie u pacjenta wrażenia stałego wsparcia oraz nadanie mu statusu podmiotowego, przez włączenie go w proces leczenia. Tę dyskusję uzupełnia wcześniejsza praca zespołu Beebe'a, który na grupie fokusowej złożonej z członków 6 rodzin, u których rozpoznano schizofrenię, badał skuteczność interwencji telefonicznych terapeutów w przypadku nawrotów schizofrenii. Jak można było przewidzieć, narzędzie to zostało uznane za użyteczne, ale jego możliwości są dość ograniczone. Tak więc połączenie z innymi rozwiązaniami *eHealth* nasuwa się samo.

Inny amerykański zespół zajął się aplikacjami smartfonowymi wspomagającymi zdrowie psychiczne (Beebe 2015). W założeniu mają one umożliwiać higienę psychiczną i pomóc osobom mającym problemy ze zdrowiem psychicznym w łagodzeniu objawów czy uzyskaniu zrozumienia ze strony otoczenia. Dla wyizolowania ich z masy aplikacji będących na rynku, naukowcy w procesie wyszukiwania na *Apple iTunes* oraz *Google Play* używali tagów: *mental health*, *depression*, *anxiety*, *schizophrenia*, *bipolar*, *trauma*, *trauma in schools*, *post traumatic stress disorder* (PTSD), *child trauma* i *bullying*. Zawartość pierwszych 20 aplikacji została opisana i na ich podstawie stworzono kategorie. Z 300 niepowtarzających się aplikacji 208 związanych było bezpośrednio z tematem wyszukiwania, stresem lub zdrowiem psychicznym. Z tej liczby, stanowiącej 70% wszystkich aplikacji, najwięcej, bo 41%, poświęconych było łagodzeniu objawów, 18% to aplikacje edukacyjne z zakresu zdrowia psychicznego. Największa ich liczba, bo 21%, kierowana była na osłabianie średnich i niewielkich symptomów chorób poprzez użycie technik relaksacyjnych. Problemem był brak opisu skuteczności lub opinii co do tych aplikacji (59%, 123 aplikacje) lub brak opisu w zakresie



prywatności lub bezpieczeństwa (89%, 185 aplikacji). Ze względu na niepewność co do przydatności łatwo dostępnych aplikacji w zakresie zdrowia psychicznego, klinicyści współpracujący z pacjentami z problemami ze zdrowiem psychicznym powinni uzyskać informacje na temat korzystania z aplikacji i zapewnić do nich wytyczne, a pacjenci powinni mieć dostęp do sposobów oceny potencjalnej użyteczności tych aplikacji. „Prawdopodobnie potrzebne są strategiczne zmiany polityki i badań, aby wyposażyć pacjentów w aplikacje dotyczące zdrowia psychicznego, które są skoncentrowane na pacjentach i oparte na dowodach" – twierdzą dość ogólnie autorzy badań, co oznacza ni mniej ni więcej tylko odrzucenie aplikacji komercyjnych i oferowanych w sklepach internetowych na rzecz aplikacji dedykowanych.

Z innego założenia wyszła grupa badawcza kierowana przez prof. van den Berga z uniwersytetu i szpitala w Greifswaldzie (Schulze 2019). Przeprowadziła ona randomizowane badanie trialowe na grupie 120 pacjentów z chorobą dwubiegunową lub schizofrenią w stanach ciężkich. Zaliczano ich do grup stałej opieki lub opieki interwencyjnej. Działania te były wspomagane przez informacje telefoniczne lub SMS-y w grupie interwencyjnej. Grupa ta bardziej niż grupa kontrolna była skłonna do przyjmowania nadal leków po 6 miesiącach, czyli kontynuowania terapii, co według badaczy oznacza, iż tego typu działania telemedyczne zapewniają „niskoprogowe wsparcie" dla chorych.

Ciekawe są również wyniki badań amerykańsko-chińskiego zespołu, dotyczące SMS-ów i informacji głosowych we wspomaganiu terapii osób ze schizofrenią w Liuyang w Chinach (Xu 2016). Był to amerykański projekt LEAN (*Lay health supporter*, *E-platform*, *Award*, *and iNtegration*) w istocie wieloplatformowy. Jak stwierdza opis badań, 298 pacjentów z 9 miasteczek prowincji Liuyang, posługujących się dialektem Xiang, u których rozpoznano schizofrenię, wzięło udział w eksperymentalnym 6-miesięcznym programie o kodzie „686". Pacjentów podzielono losowo na grupy: terapeutyczną i kontrolną, jednakowej wielkości. Pacjenci z obu grup co 2 miesiące byli kontrolowani przez lekarzy. Według wyników, SMS-y sprawdzają się zwłaszcza, jeżeli nie trafiają do pacjenta, ale do jego rodziny jako przypominające albo podające rozwiązania lub monitorujące leczenie i jego efekty uboczne. Drugim rozwiązaniem wykorzystującym wiadomości głosowe była e-platforma, dzięki której pacjenci mogli otrzymywać na swoje telefony komórkowe informacje tekstowe i wiadomości głosowe dotyczące terapii. Trzecie rozwiązanie to system motywacyjny dla pacjentów, zaś czwarte w ramach projektu LEAN to platforma iNtegration, która umożliwia informowanie o stanie pacjentów lokalnych lekarzy oraz psychiatrów w najbliższym ośrodku medycznym. Wyniki eksperymentu

wykazały, że platforma LEAN jest bardzo dobrym uzupełnieniem procesu terapii, choć same działania terapeutyczne i współpracę z rozwiązaniami online należałoby dopracować, a właściwie zbudować od nowa.

Zespół badawczy kierowany przez Ben-Zeeva porównał dwie techniki samoopieki mające na celu uzyskanie poprawy: interwencję wykorzystującą smartfony (FOCUS) oraz powszechnie używaną interwencję leczniczą (*Wellness Recovery Action Plan*). Wykazano, że mimo podobnej skuteczności w zakresie poprawy wyników klinicznych, interwencja e-medyczna była korzystniejsza w porównaniu do terapii standardowej pod kątem zaangażowania pacjentów (Ben-Zeev 2018). Udowodniono też, że telemedycyna poprawia nie tylko przestrzeganie zaleceń farmakologicznych i status kliniczny, ale także zmniejsza odsetek ponownych hospitalizacji i nieplanowanych wizyt (Spaniel 2008).

Udowodniono, że telemedycyna poprawia nie tylko przestrzeganie zaleceń farmakologicznych i status kliniczny, ale także zmniejsza odsetek ponownych hospitalizacji i nieplanowanych wizyt.

Platforma telemonitorująca @HOME, wykorzystująca urządzenia elektroniczne do wydawania leków, istotnie poprawiła przestrzeganie farmakoterapii wśród pacjentów ze schizofrenią z 75,3%, w grupie kontrolnej do 92,3%, w grupie użytkowników platformy (Frangou 2005). Ponadto, pacjenci korzystający z @HOME charakteryzowali się istotnie wyższą poprawą kliniczną (ocenianą według skal PANSS i CGI-S) niż pacjenci z grupy kontrolnej pod koniec badania (Steinkamp 2019). Istotny spadek (60%) w liczbie hospitalizacji osiągnięto dzięki platformie na telefony komórkowe ITAREPS umożliwiającej cotygodniowe monitorowanie pacjentów, tym samym dostarczając dowodów na potencjalną przydatność telemedycyny w prewencji zaostrzeń psychotycznych (Spaniel 2008). System telemonitorowania zdrowia dołączony do programu intensywnego monitorowania zredukował liczbę hospitalizacji wśród weteranów ze schizofrenią z 32% do 5%. Niemniej jednak, z uwagi na małe grupy badane wyżej wspomnianych analiz, istnieje konieczność przeprowadzania dalszych badań.

Kolejne badania przeprowadzone były w USA i dotyczyły wspomagania aktywności fizycznej osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (Naslund 2016). Jak wiadomo, spora część chorych ogranicza swoją aktywność fizyczną do minimum, co powoduje bardzo negatywne skutki, zwiększając znacznie ryzyko chorób układu krążenia oraz otyłości, co często zdarza się wśród tego typu chorych. Ponadto nagłe ograniczenie aktywności fizycznej jest najczęściej sygnałem zbliżającego się nawrotu, a jej

przywrócenie może go zmniejszyć, opóźnić lub znacznie odsunąć w czasie. Nową formą wspomagania aktywności są właśnie prozdrowotne technologie mobilne i czujniki ubraniowe. Chodzi przy tym nie tylko o samą aktywność fizyczną, ale i o możliwość utraty wagi. Naukowcy zastosowali w swoich badaniach typowy zestaw *wearables Fitbit* oraz własną aplikację treningową i fitness w 6-miesięcznym programie badawczym. Z 34 osób uczestniczących w badaniach u 23,5% wykryto spektrum schizofrenii, u 50% ciężką postać depresji, zaś dwubiegunowe zaburzenie afektywne u 26,5%. W 6-miesięcznym programie, w ramach którego pacjenci uczestniczący przez 86,2% czasu nosili sensory *Fitbit*, zanotowano spory spadek wagi, ale niewielką poprawę, jeśli chodzi o aktywność fizyczną. Jak widać, osoby z zaburzeniami psychicznymi wszelkiego typu są w stanie, przy odpowiednim wspomaganiu, podjąć działania zmierzające do poprawy samopoczucia (bo do tego sprowadza się spadek wagi), za to mają problem z aktywnością fizyczną, co wymaga opracowania osobnej strategii motywowania ich do takich działań.

Problemem wspomagania aktywności fizycznej i zapobiegania otyłości w ciężkich schorzeniach spektrum schizofrenii przy pomocy aplikacji telemedycznych zajął się także zespół z Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice (Naslund 2015). Tworzący się w tym czasie standard *mHealth* korzystał z aplikacji komercyjnych. I rzeczywiście, zespół badawczy korzystał z rozwiązań czujników naręcznych typu *FitBit* i *FuelBand* (Nike Inc.) oraz aplikacji na iPhone, aby wdrożyć tanie rozwiązanie dla pacjentów z poważnymi schorzeniami psychiatrycznymi, głównie spektrum schizofrenii. Uczestnicy badań używali zarówno aplikacji, jak i opasek z czujnikami *FitBit* czy *FuelBand* przez 89% czasu eksperymentu, oceniając je jako łatwe do użycia, wspomagające samoobserwację i przyjazne dla użytkownika. Osiągnięto przy tym ten sam efekt, co w przypadku późniejszych badań aplikacji i urządzeń typu *wearable* do kontroli wagi u osób z poważnymi schorzeniami psychicznymi, tj. spadek wagi, ale bez zdecydowanego wzrostu aktywności fizycznej. Być może główną przyczyną są utrudnienia przy normalnej codziennej aktywności poza miejscem zamieszkania, wykazywane często przez chorych.

Ciekawe są wyniki badań interdyscyplinarnej hiszpańskiej grupy m-RESIST (Huerta-Ramos 2017) badającej możliwości wspomagania leczenia psychiatrycznego w Parc Sanitari Sant Joan de Déu (Barcelona) pacjentów z opornymi na leczenie formami schizofrenii. Badacze stworzyli 5 grup fokusowych i przeprowadzili 8 złożonych wywiadów, koncentrując się na grupie pacjentów z utrzymującymi się pozytywnymi objawami, których leczenie wspomagano przy pomocy platformy mobilnej *Mobile Therapeutic Attention for Patients with Treatment Resistant Schizophrenia* (m-RESIST). Stworzono

w ramach m-RESIST wirtualne forum oraz stronę www, które miały zarówno charakter informacyjny jak i służyły wymianie opinii. Rozwiązanie doprowadzono do formy platformy rozwijając je o usługi transmisji danych, telewizyty oraz komunikatora. Wszystkie te rozwiązania były dedykowane do utrzymywania kontaktów z lekarzami i personelem poprzez centrum telemedyczne działające w trybie 24/7. Stwierdzono utrzymywanie się pozytywnych tendencji u pacjentów z ciężkimi, opornymi odmianami schizofrenii, zwłaszcza, iż wspomaganie mobile pozwalało, według samych pacjentów, na unikanie sytuacji stresujących, zrozumienie choroby i zachowanie kontaktu z lekarzami. Jednak, jak zwykle w przypadku tego typu rozwiązań, m-RESIST musi być nadal badany i rozwijany.

Choroby psychiczne znajdują się na dość wysokim miejscu w tych pracach, ze względu na możliwości wspomagania psychoterapii poprzez stałe oddziaływanie, jakie dają personalne urządzenia komunikacyjne (głównie smartfon). I tak zespół koreański (Shin 2016) eksperymentował z dość niewielką grupą 76 osób ze zdiagnozowaną schizofrenią różnych typów, pacjentów miejscowych szpitali. Używali oni przez tydzień urządzeń *mHealth* w postaci padów ze specjalnie wdrożonymi funkcjonalnościami i kontrolowali dzięki nim swoją aktywność. W badaniu użyto skali *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS). Pozytywna subskala PANSS oraz pozytywne i negatywne wskaźniki PANSS w strukturze pięciowskaźnikowej pozwoliły na przewidywanie aktywności danej osoby. Grupa o wysokim wskaźniku PANSS, stwierdzonym w trakcie kontroli *mHealth*, wykazywała niższy poziom aktywności fizycznej niż inne grupy uczestniczące w badaniu. Badanie wykazało, że fizyczna aktywność jest skorelowana z pozytywnymi wskaźnikami PANSS, zaś samo zastosowanie urządzenia *mHealth* „wykazuje względnie dobrą wykonalność dla pacjentów schizofrenicznych", choćby przez wykazanie, że należy zwracać szczególną uwagę na fizyczną aktywność pacjentów z wysokim wskaźnikiem PANSS. Trudno jednak oprzeć się wrażeniu, że badania te miały charakter bardzo rudymentarny i wstępny, czemu zresztą autorzy nie zaprzeczają.

mHealth jest coraz bardziej rozwiniętym systemem dostępnym obecnie na tablety, notebooki, smartfony oraz zawiera w sobie coraz częściej nie tylko aplikacje, ale i urządzenia typu wearable (zwykle czujniki).

Badań nad kompleksem *mHealth*, który coraz bardziej zaczyna pełnić rolę rozwiązania uniwersalnego, swoistej platformy, w której montuje się odpowiednie kontenery dotyczące poszczególnych aspektów wspomagania leczenia, dotyczą prace międzynarodowej grupy analitycznej Biagiantiego (Biagianti 2017).

mHealth jest coraz bardziej rozwiniętym systemem dostępnym obecnie na tablety, notebooki oraz smartfony i zawiera w sobie coraz częściej nie tylko aplikacje, ale i urządzenia typu *wearable* (zwykle czujniki). W tym przypadku zespół zbadał możliwości wykorzystania tej platformy u osób z chorobą afektywną dwubiegunową i schizofrenią. W konkluzji stwierdzono, iż opierając się na wcześniejszych trzech pracach dotyczących zróżnicowanego geograficznie i metodologicznie wykorzystania w tym celu aplikacji *mHealth*, można zauważyć poprawę dobrostanu osób żyjących z tego typu poważnymi schorzeniami. Jednak prawdopodobne jest, na podstawie dalszych badań, opracowanie dedykowanych kontenerów do wspomagania terapii osób z takimi schorzeniami w ramach *mHealth*.

Przy użyciu czujników zaimplementowanych w kontener terapii telepsychiatrycznej, można przewidywać możliwość nawrotów oraz dokonywać pomiarów stanu osób ze schizofrenią w czasie rzeczywistym.

Ciekawym uzupełnieniem tych badań mogą być z kolei prace zespołu polsko-brytyjskiego (Cella 2018) dotyczące użycia w ramach *mHealth* dedykowanych rozwiązań typu *wearable* u osób z rozpoznaną schizofrenią. Tu zespół badawczy postanowił skupić się na fizycznych objawach nawrotów schizofrenicznych, poprzez pomiary przy użyciu czujników instalowanych w odzieży pacjentów. W testach uczestniczyło 30 pacjentów oraz 25-osobowa grupa kontrolna. Pomiary obejmowały głównie zmienność rytmu serca (HRV) i aktywność ektodermalną (EDA) oraz wzorzec aktywności fizycznej. Wyniki pomiarów porównywano i tworzono z nich w horyzoncie długookresowym wzór, od którego odchylenia można by pomierzyć. Jak się okazało, aktywność osób w trakcie nawrotów jest niższa, niższy jest też HRV i EDA. Przy użyciu czujników zaimplementowanych w kontener terapii telepsychiatrycznej można więc przewidywać możliwość nawrotów oraz dokonywać pomiarów stanu osób ze schizofrenią w czasie rzeczywistym. Według naukowców, przy ciężkich stanach schizofrenicznych symptomy pozytywne można skorelować z deregulacją układu przywspółczulnego.

Zespół amerykańsko-izraelski pod kierownictwem prof. Been-Zeeva zajął się osobną funkcjonalnością *mHealth* – streamingiem wideo określanym jako *pocket therapist* w chorobach spektrum schizofrenii (Ben-Zeev 2018). W eksperymencie

wykorzystującym mobilny system wideo *FOCUS-Audio/Video* (FOCUS-AV), implementowany na smartfonach, wzięli udział pacjenci, u których zdiagnozowano choroby spektrum schizofrenii. Przez miesiąc ochotnicy mieli korzystać ze wsparcia w terapii, jaką dawały pliki wideo i interwencyjny *streaming* wideo w platformie *mHealth*. Ostatecznie z 11 ochotników, 9 kontynuowało eksperyment do końca, używając systemu 6 dni w tygodniu, z czego 67% odpowiedziało pozytywnie na monity systemowe o włączenie we właściwym czasie FOCUS-AV, 52% inicjowało sesje. Średnio sesje wideo były używane 28 razy przez każdego pacjenta w trakcie eksperymentu. Co ciekawe, zostały one ocenione jako bardziej pomocne, osobiste, angażujące i zrozumiałe niż interwencje przy pomocy e-maila lub komunikatora. Choć badacze zauważają, że produkcja wideo jest droższa i angażująca więcej osób niż treść „spisana", to jednak jest to rozwiązanie wykonalne, przynoszące wartość dodaną, bo bardziej angażujące niż treść podawana tradycyjnie. Oczywiście autorzy eksperymentu twierdzą, iż potrzebne są dalsze badania, by wykorzystywać przewagę, jaką może dawać wideo w *mHealth*.

Innemu aspektowi *mHealth* poświęcona jest praca zespołu francuskiego (Berrouiguet 2016). To metaanaliza obejmuje wykorzystanie wiadomości tekstowych w terapii psychoz. SMS-y są, jak na nowoczesne centra terapii zdalnej, technologią dość podstawową, jednak jako rozwiązanie rzadko były stosowane w telepsychiatrii. Grupa francuska podjęła się w połowie 2015 roku analizy *PubMed*, *PsycINFO*, *Cochrane*, *Scopus*, *Embase* i *Web of Science* pod kątem znalezienia rozwiązań wspomagania chorych z poważnymi schorzeniami psychicznymi, wykorzystujących SMS-y. Jak się okazało, publikacji na ten temat nie było wiele, bo 36. Najczęściej stosowano je w rozwiązaniach uwzględniających prześladowanie (31%), schizofrenię (22%) i choroby afektywne (17%). SMS-y miały charakter: przypomnień (14%), informacyjny (17%) wspomagający (42%) oraz wspierający samokontrolę (42%). Liczba SMS-ów w rozwiązaniach wspomagania terapii zaczęła rosnąć dość późno, bo od 2006 roku, przy czym zwykle są to wdrożenia pilotowe, randomizowane eksperymenty trialowe są zdecydowanie rzadsze. Te ostatnie mają na celu zwykle monitorowanie procesu terapii i jej wsparcie.

Z kolei smartfony zostały zastosowane w eksperymentalnych badaniach zespołu amerykańskiego z University of California (Niendam 2018). Dotyczyły one wsparcia terapii osób z SMI (*Serious Mental Illness*). Jak stwierdzają sami autorzy, były to pierwsze badania eksperymentalne dotyczące implementacji technologii smartfonowej u dorosłych i młodszych dorosłych z wczesnymi stadiami psychoz, w leczeniu poza

placówkami zamkniętymi. Tu zastosowano inny typ badania bowiem opracowano na potrzeby eksperymentu specjalną smartfonową aplikację oraz Pulpit dla prowadzących badania jako *add-on* do normalnego zestawu aplikacyjnego, zbierającego dane o stanie pacjentów. Uczestnicy badania dokonywali samodzielnie oceny nastroju danego dnia, tygodniowo oceny zbiorczej oraz czynników istotnych dla terapii w czasie do 14 miesięcy. Aplikacja wykorzystywała do raportowania interfejs *mHealth*, przy czym starano się, aby zachować ważność i obiektywizm pomiarów. Celem eksperymentu było porównanie danych uzyskanych przy pomocy aplikacji i określenie, czy są one na tyle wiarygodne, aby można było przy ich pomocy kontynuować terapię oraz przewidywać stan chorego. Jak się okazało, są one w pełni porównywalne z danymi uzyskanymi przy pomocy standardowych kwestionariuszy i w pełni użyteczne w terapii.

Choć badacze zauważają, że produkcja wideo jest droższa i angażująca więcej osób niż treść „spisana", to jednak jest to rozwiązanie wykonalne, przynoszące wartość dodaną, bo bardziej angażujące niż treść podawana tradycyjnie.

Z niejako innej, bardziej użytkowej strony, podszedł do tego problemu zespół z Carlow University i University of Pittsburgh (Flaherty 2017). Tu użyto technik telemedycznych i urządzeń mobilnych w nadzorze weteranów w przypadkach wymagających stałej obserwacji – *Intensive Case Monitoring* (ICM). Nadzorowani byli bowiem pacjenci ze schizofrenią różnych typów i zaburzeniami schizofrenicznymi, zdradzający zachowania suicydalne. Przybywali oni pod nadzorem ICM lub ICM i urządzeń telemedycznych, a grupą kontrolą były osoby poddane tylko nadzorowi ICM. Interesujące, iż mimo tak istotnego zakresu badań, grupa pacjentów zaangażowanych w badania była stosunkowo wąska, obejmując 51 osób.

Pacjenci w grupy ICM plus telemonitoring zapytywani byli codziennie drogą elektroniczną o stan samopoczucia: myśli samobójcze, depresję, działanie leków. Jak się okazało, grupa ta wykazała istotną redukcję dni hospitalizacji w porównaniu do grupy kontrolnej. Dla niektórych pacjentów redukcja ta dochodziła do 30%! Autorzy potwierdzają, iż wsparcie telemedyczne może być istotne w leczeniu zaburzeń typu schizofrenicznego i na pewno można je powiązać ze spadkiem długości hospitalizacji weteranów z zaburzeniami typu schizofrenicznego.

Warto wspomnieć badania zespołu prof. Johna Kasckowa. Zespół ten wcześniej, bo w 2014 roku, kiedy zaczął się na dobre tworzyć rynek usług telemedycznych B2C, wykonał metaanalizę dotyczącą zastosowań aplikacji zdalnych, głównie

telemedycznych w leczeniu schizofrenii (Kasckow 2014). Zadaniem było zbadanie, na ile interwencje medyczne w zaburzeniach schizofrenicznych różnią się od klasycznych interwencji w lecznictwie zamkniętym oraz określenie ich zarówno mocnych, jak i słabych stron. Co ciekawe, wzięto też pod uwagę wszystkie rozwiązania zdalne – zarówno klasyczne systemy telemedyczne, jak i internetowe czy nawet telekonferencyjne, adaptowane do potrzeb medycznych. Autorzy sprawdzili wszystkie najważniejsze bazy dla materiałów zarówno publikowanych, jak i dostępnych w postaci samych danych: *MEDLINE*, *PsycINFO*, *CINAHL*, *Cochrane Library*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects* i *EMBASE*. Do analizy pobrano wszystkie materiały i dane zawierające interwencje bądź działania dokonane przy użyciu systemów bazujących na Internecie, systemach telekonferencyjnych lub teletelefonicznych (wideo). Uwzględniono tylko wyniki prób trialowych, interwencji lub wiarygodne opisy przypadków. Odrzucono wszystkie przypadki jednostkowe i prace nie napisane w języku angielskim (w tym przypadku zadziałały raczej problemy ściśle techniczne, które uniemożliwiły włączenie literatury w takich językach jak niemiecki, hiszpański czy francuski). Uwzględniono 390 materiałów, z których jako najistotniejsze dla badań wybrano 18. Jak stwierdzono, wszystkie wykazują, iż systemy zdalne są istotne jako wspomaganie w leczeniu zaburzeń typu schizofrenicznego lub samej schizofrenii. Ustalono także, że poprawiają one kondycję pacjenta, przy czym szczególną uwagę należy zwrócić na systemy telemedyczne jako najbardziej obiecujące w perspektywie długookresowej. Konieczne, według autorów, jest powtarzanie pogłębionych analiz dla stwierdzenia, jak wpływają one na poprawę stanu pacjentów. Postulaty te zostały w większości spełnione, jednak należy żałować, że analizy tego typu nie zostały powtórzone – bardzo szybko przybywa do nich materiału i nowych danych.

Wszystkie przebadane matariały wykazują, iż systemy zdalne są istotne jako wspomaganie w leczeniu zaburzeń typu schizofrenicznego lub samej schizofrenii. Ustalono także, że poprawiają one kondycję pacjenta, przy czym szczególną uwagę należy zwrócić na systemy telemedyczne jako najbardziej obiecujące w perspektywie długookresowej.

Zespół irlandzko-angielski (Donohoe 2018) zajął się treningiem korekcji poznawczej (CR) jako obiecującą metodą wyrównywania deficytów poznawczych w psychozach i schizofrenii, ze względu na ograniczoną liczba działań psychologicznych, jakie można przy tych schorzeniach zastosować. Jednak metoda ta posiada ograniczenia – w celu ich pokonania zastosowano specjalny program zdalnego treningu, *computerised working memory* (WM), który pacjenci mogli realizować sami, ze wspomaganiem specjalistów, także mobilnym. Program przetestowano w eksperymencie trialowym z randomizowaniem, prowadzonym przy udziale 90 pacjentów. Efektywność pomierzono w kategoriach wydajności neuropsychologicznej, funkcjonowania społecznego oraz poprzez pomiar MRI 2 tygodnie po zakończeniu działania oraz określeniu funkcjonowania pacjentów po 3–6 miesiącach po zakończeniu terapii. Efekty były pozytywne: pacjenci, którzy przeszli całkowicie trening CR, wykazali znaczną poprawę mierzoną jako całkowite IQ, epizodyczne wykonywanie zadań oraz funkcjonowania społecznego zarówno w czasie pomiaru 2-tygodniowego jak i 3- i 6-miesięcznego. MRI wykazał lepszą łączność funkcjonalną w porównaniu z pacjentami w grupie placebo.

Z kolei badacze amerykańscy zajęli się problemem terapii zdalnych niejako od drugiej strony. Zespół z Boston University i Cambridge Health Alliance zbadał kwestię terapii od strony klinik (Gottlieb 2017). Naukowcy zwrócili bowiem uwagę na to, iż praktycznie nie istnieje program w zakresie terapii kognitywno-behawioralnej (CBTp) dla chorych z psychozami, zaś dostęp do standardowych terapii tego typu jest mocno utrudniony. Wdrożyli więc program 10-sesyjny o nazwie *Coping With Voices* (CWV), oparty na e-learningu. W zastosowaniu eksperymentalnym porównali go ze standardowym programem treningu CBTp. W eksperymencie trialowym uczestniczyło 37 pacjentów lokalnych klinik zdrowia psychicznego z rozpoznaną schizofrenią i objawami od średnich do ciężkich, z zastosowaniem 3-miesięcznego follow-up badań, których podzielono na grupy terapii standardowej i online. Stwierdzono znaczą poprawę w obu grupach, ale co ciekawe, osoby uczestniczące w programie CWV wykazały większą poprawę w zakresie funkcjonowania społecznego. Być może więc tędy wiedzie droga do rozbudowy terapii telepsychiatrycznych.

Bardzo specyficzne są badania innego zespołu amerykańskiego (Schlosser 2018), wskazujące na kierunek, w jakim mogą pójść prace nad mobilnymi aplikacjami, używanymi w monitorowaniu i terapii zaburzeń psychicznych. Zespół badawczy wskazał bowiem na charakter zaburzeń schizofrenicznych, konieczność szybkiej interwencji na stosunkowo wczesnym etapie choroby oraz na szkody zarówno dla osoby chorej,

jak i jej rodziny czy też całych grup społecznych, jakie to schorzenie powoduje. Według badaczy, stosunkowo szybka interwencja pozwala choremu funkcjonować niemal normalnie w społeczeństwie i zahamować spadek możliwości życiowych i jakości życia. Dotyczy to wszystkich zaburzeń spektrum schizofrenii SSD (*schizophrenia spectrum disorders*). Grupę osób z takimi właśnie zaburzeniami przekonano do udziału w eksperymencie związanym z użyciem nowego typu aplikacji monitorującej zachowania, samopoczucie oraz działania osoby chorej – PRIME (*Personalized Real-time Intervention for Motivational Enhancement*). Nowością jest to, jak wskazuje nazwa, że jest to aplikacja czasu rzeczywistego, a więc sieciowa, co jak dotąd jest spotykane rzadko nie tylko w psychiatrii, ale w ogóle w działaniach medycznych przy wykorzystaniu protokołu i urządzeń mobilnych. Aplikacja ta, używająca jako platformy serwera oraz smartfonu osobistego, działała więc na zasadzie BYOD (*Bring Your Own Device*) i została skonstruowana specjalnie na potrzeby eksperymentu. Ochotnicy wywodzący się z chorych na zaburzenia spektrum schizofrenii zostali też wybrani z grupy starszych nastolatków i młodych dorosłych.

Pacjentów biorących udział w eksperymencie podzielono na dwie grupy. Co ciekawe, po raz pierwszy, zgodnie zresztą z charakterem badań, dobrano ich zdalnie, wybierając osoby z 13 stanów USA oraz po jednej osobie z Australii i Kanady. Pierwsza grupa, 21-osobowa, korzystała z tradycyjnego sposobu terapii czyli *waitlist* (WL). W jej ramach starała się wykonywać poszczególne codzienne zadania, zapisując uwagi dotyczące nastroju, leków oraz myśli. Druga 22-osobowa grupa korzystała z PRIME na własnych smartfonach. Po 12 tygodniach osobom korzystającym z WL zaproponowano PRIME. Zgodziło się na to 20 z 21 pacjentów z grupy WL. W ramach PRIME stworzono wirtualną społeczność osób z SSD, odpowiadających wiekiem pacjentom uczestniczącym, zwykle znajdującym się „oczko wyżej", czyli na wyższym etapie leczenia, tak, aby mogły służyć jako trenerzy. Dodatkowo też brały w niej udział osoby chore z grupy pacjentów. Rezultatem było wzajemne motywowanie, niejednokrotnie bardzo silne. W efekcie partycypujący w badaniach wykazali wzrost wiary w siebie, mniejszą ilość wytworzonych samotnością myśli i działań depresyjnych, mniej załamań i porzuceń leczenia, przy czym pozytywne trendy utrzymywały się jeszcze 3 miesiące po zaprzestaniu eksperymentu i spowodowały nawet oddolne budowanie społeczności osób chorych, odtwarzając warunki z eksperymentu. Pozytywne wyniki utrzymały się w grupie PRIME oraz WL-PRIME, przy czym po przejściu grupy WL na PRIME zaczęły się w tej grupie budować pozytywne motywacje. Wyniki prac grupy amerykańskiej wskazują, iż prawdopodobnie,

zwłaszcza wśród młodych chorych, konieczne będzie tworzenie rozbudowanych interfejsów sieciowych, aby umożliwić budowanie grup wsparcia i działań *real-time*. Oczywistą wadą takiego rozwiązania będą zawsze jego koszty, i co ważniejsze, tworzenie zamkniętych aplikacji i całych systemów, co znacznie utrudni administrację nimi.

Zmniejszenie kosztów było jednym z istotnych powodów badań prowadzonych przez University of Manchester i londyński King's College (Eisner 2019). Nie da się bowiem ukryć, że nawroty psychoz są dość częste, mogą mieć liczne negatywne konsekwencje dla samych pacjentów i są kosztowne dla systemu ochrony zdrowia. Rozpoznanie oznak zapowiednich, których można użyć do przewidywania nawrotów, dawałoby możliwość zmniejszania ich rozmiarów oraz prewencji. W tym celu badacze opracowali kwestionariusz, który stał się podstawą do skonstruowania aplikacji smartfonowej o roboczej nazwie ExPRESS. Aplikacja ta była używana co tydzień przez 6 miesięcy przez grupę pacjentów z psychozami. Miała być swoistym „systemem wczesnego ostrzegania", ułatwiać rozpoznanie znaków zapowiednich, wczesnych symptomów nawrotów oraz samych psychoz. Z osobami, u których aplikacja wykazała ponad progowy wzrost objawów psychotycznych, przeprowadzana była rozmowa telefoniczna. Efekty były wyraźne: znaki zapowiednie i symptomy podstawowe były powiązane ze stwierdzonymi przez aplikację symptomami psychotycznymi jeszcze w tym samym tygodniu, wyraźne symptomy psychotyczne występowały 3 tygodnie później. W tej sytuacji w procesie badawczym aplikacja została uznana za *feasible, valid and acceptable*. Osobną grupę stanowili badani pacjenci ze schizofrenią (Eisner 2019b). W tym przypadku zbadano użyteczność aplikacji ExPRESS dla rozpoznawania znaków zapowiednich, symptomów podstawowych i psychotycznych w przypadku nawrotów schizofrenii. Przebadani pacjenci z medianą wieku 38 lat (rozpiętość wieku od 22 do 57 lat) używali aplikacji w podobny sposób jak wcześniej badani – przez 6 miesięcy, cotygodniowo. Co ciekawe, młodsi pacjenci stwierdzili, iż użycie aplikacji smartfonowej jest bardziej przyjazne niż wizyta u terapeuty (prawdopodobnie decydowała większa poufność), zaś wszyscy podali, że użycie aplikacji pozwala łatwiej wychwytywać symptomy oznaczające zbliżający się nawrót.

Wyniki prac grupy amerykańskiej wskazują, iż prawdopodobnie, zwłaszcza wśród młodych chorych, konieczne będzie tworzenie rozbudowanych interfejsów sieciowych, aby umożliwić budowanie grup wsparcia i działań *real-time*. Oczywistą wadą takiego rozwiązania będą zawsze jego koszty, i co ważniejsze, tworzenie zamkniętych aplikacji i całych systemów, co znacznie utrudni administrację nimi.

Warto zauważyć, że Torous (2018) dokonując pierwszej oceny aplikacji mobilnych, zwłaszcza smartfonowych, podkreślił, iż dla ich szerszego rozpowszechnienia konieczne jest spełnienie pewnych warunków. Opierając się na 12-miesięcznych trialowych, randomizowanych badaniach zespołu doktora Dror Ben-Zeeva zauważa, że po pierwsze konieczne są bardziej szczegółowe analizy dla rozpoznania, jaka część tych aplikacji stanowi największą wartość dla pacjentów, jaka jest ich *active ingredient* i w jakim stopniu występuje *digital placebo effect*, który jest obecnie nieuchwytny. Konieczne jest, by nowe aplikacje były skalowalne, dostępne z poziomu „single click", zaś w badaniach nad nimi trzeba skupić się na odtwarzalności, nie zaś na często wspominanych, czynnikach ekonomicznych. Muszą być to także aplikacje *open software* z możliwością modyfikacji kodu i swobodnej wymiany pomiędzy ośrodkami, które je tworzą – a zatem w grę nie wchodzą duzi komercyjni deweloperzy, którzy stworzą „zamknięte puszki" kodu, do których tylko oni będą posiadali klucze. Istotna jest także interakcja z człowiekiem i możliwość uzyskania szybkiego kontaktu z osobą, która będzie wspierała pacjenta bardziej niż wyrafinowane rozwiązania interfejsu.

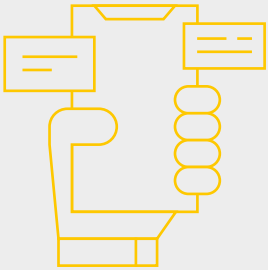
Bywają też i wyniki negatywne, i to pochodzące z badań open, trialowych z zachowaną kontrolą. Pierwszym jest efekt programu nowozelandzkiego, który miał za zadanie stworzyć warunki do zapobiegania depresji powiązanej z zaburzeniami psychicznymi typu schizofrenicznego u ludzi młodych (Whittaker 2017). Badacze-klinicyści stworzyli program terapii kognitywno-behawioralnej ze wspomaganiem zdalnym przy pomocy urządzeń mobilnych (MEMO CBT). Polegał on na wspomaganiu terapii po sesji multimedialnymi przekazami skierowanymi do nastolatków. Program ten został wdrożony w 15 szkołach w Auckland wraz z kontrolnym programem (MEMO control), porównywalnym intensywnością i typem przekazu, ale nie prowadzonym w kierunku zaburzeń depresyjnych. W ten sposób zostały wdrożone warunki do prowadzenia badania open, trialowego z zachowaniem kontroli. Próba była dość duża, objęła bowiem 855 dzieci i nastolatków w wieku 13–17 lat, mediana wieku wyniosła 14,3 lat. Grupa MEMO CBT objęła 426 osób, MEMO control 429 osób. Wyraźna była przewaga dziewcząt, których było 68%. Pomiary wyników badania prowadzonego przez 12 miesięcy, odbywały się

według skali *Children's Depression Rating Scale-Revised*. Wyniki porównano następnie z *Reynold's Adolescent Depression Rating Scale-Second Edition* oraz *Moods and Feelings Questionnaire*, suicydalne stwierdzenia przyporządkowano kwestionariuszowi *Youth Risk Behaviour Survey*. Zastosowano też *Pediatric Quality of Life*, zaś ewidentne przypadki wskazujące na depresję powiązaną ze schizofrenią zbadano przy pomocy skali *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy między uczestnikami grupy MEMO CBT i MEMO control w liczbie i czasie interwencji medycznych związanych z depresją oraz spadku epizodów depresyjnych w grupie MEMO CBT w stosunku do grupy kontrolnej. Jak stwierdzili badacze, prewencja depresji, zwłaszcza u osób młodych, nadal pozostaje ważnym wyzwaniem terapeutycznym.

W kolejnym badaniu dotyczącym programu ITAREPS (*The Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia*) zespół czeski (Spaniel 2015) zwraca uwagę na problemy, jakie wiążą się z zastosowaniem telemedycyny w terapii schizofrenii. Pierwszym i najważniejszym czynnikiem w terapii tej choroby jest bowiem zapobieganie lub wczesne rozpoznawanie nawrotów. Dotychczas prowadzone terapie – i obecnie także często spotykane – zwracają uwagę na indywidualne oznaki nadchodzącego kryzysu i wprowadzają prewencyjne interwencje farmakologiczne, kiedy zostaną wykryte wczesne sygnały nawrotu. Efekty są widoczne w formie redukcji ryzyka nawrotów. Czy można jednak zapobiegać lub monitorować przebieg leczenia w inny sposób? Zespół czeski w 18-miesięcznym trialowym cyklu badawczym założył nową strategię terapeutyczną opartą w dużej mierze na telemedycznym programie ITAREPS. Program ten miał w dużym stopniu „odciążyć" tradycyjne terapie. Program ustalający niski poziom obecności terapeuty potwierdził, iż brak interwencji farmakologicznej we wczesnych stanach prodromalnych w sposób krytyczny wpływa na ryzyko nawrotów. Co ciekawe, badacze uważają, że w obecnych warunkach terapeutycznych i klinicznych osiągnięcie znaczącego postępu w prewencji nawrotów w schizofrenii jest w ogóle nieosiągalne, co ma wynikać z ograniczeń samego programu ITAREPS. Co nie znaczy, że nie jest to możliwe. Zespół czeski uważa, że należy skojarzyć telemedyczny program typu ITAREPS jako system prewencji z osobistymi wizytami pacjenta

Program ustalający niski poziom obecności terapeuty potwierdził, iż brak interwencji farmakologicznej we wczesnych stanach prodromalnych w sposób krytyczny wpływa na ryzyko nawrotów.

u lekarza prowadzącego lub w ośrodku, w którym pacjent jest prowadzony. W ten sposób możliwa będzie szybka interwencja farmakologiczna w momencie wystąpienia subklinicznych objawów prodromalnych, które byłyby trudne do wykrycia w konwencjonalnej praktyce terapeutycznej. W jaki sposób badacze doszli do tych wniosków? Otóż pacjenci z objawami schizofrenii lub zespołów schizofrenicznych w liczbie 146 znaleźli się w grupie objętej eksperymentem ITAREPS (74) lub tradycyjną terapią (72). W momencie wystąpienia objawów prodromalnych, anonsowanych przez system, lekarze zwiększali dawkę leków. Jednak, jak się okazało, w analizie *intention-to-treat* w obu grupach – kontrolnej i ITAREPS – nie było żadnych znaczących statystycznie różnic w liczbie dni hospitalizacji. Ponieważ oczekiwano, że ITAREPS zmieni ten stan rzeczy, uznano, że program zawiódł w teście trialowym. Także stąd wypłynął wniosek o prewencje w schizofrenii, stanowiącej największe obecnie wyzwanie, bowiem wymaga ona aktywnego działania zarówno ze strony terapeuty-psychiatry jak i samego pacjenta.



Smartfon jest akceptowany jako użyteczne narzędzie przez samych chorych, jednak to do lekarzy należeć będzie określenie, czy technologie cyfrowe posłużą do zwiększenia oddziaływania na pacjentów.

W badaniu australijskich i amerykańskich badaczy (Lim 2018) w *Schizophrenia Bulletin* zauważono, że technologie cyfrowe, od aplikacji webowych po urządzenia mobilne, mają ogromny potencjał w działaniach z chorobami psychicznymi, w tym ze schizofrenią. W dodatku istnieje już mnóstwo aplikacji *eHealth* dedykowanych poszczególnym aspektom leczenia, od kontynuacji samej terapii aż po poprawienie jakości życia. Badanie wśród pacjentów klinik psychiatrycznych udowodniło, iż nie różnią się oni od innych konsumentów technologii cyfrowych. Z 320 ankietowanych z całego obszaru USA, aż 70,6% jest zainteresowanych użyciem smartfonów w terapii chorób psychicznych, zwłaszcza monitorowania stanu zdrowia. Ponadto 80% z nich posiada stałe łącze internetowe, zaś 62,5% jest właścicielami smartfona. Ich reakcje oznaczają, że smartfon

jest akceptowany jako użyteczne narzędzie przez samych chorych, jednak to do lekarzy należeć będzie określenie, czy technologie cyfrowe posłużą do zwiększenia oddziaływania na pacjentów (zwiększenia czy utrzymania motywacji do leczenia), czy do samej terapii np. interwencji psychospołecznych, motywowania w poszczególnych zadaniach, czy stwierdzania konieczności interwencji farmakologicznych.

Zespół dr Karen Fortuny (Fortuna 2018) podjął się określenia istotnego parametru: kto właściwie używa smartfonów spośród specjalistów usług sieciowych, w tym chorych, u których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne oraz schorzenia w tym schizofrenię. Co prawda badania te dotyczą USA, ale kraj ten wcale nie jest liderem w użytkowaniu smartfonów. Pod względem penetracji wyprzedzają je Emiraty Arabskie (82,2%), Szwecja (74%), Szwajcaria (73,5%), Korea Południowa (72,9%), Tajwan (72,2%) i Kanada (71,8%). Stopień penetracji w USA wynosi 71,5%, co oznacza, iż kraj ten można zaliczyć nie do „wczesnych innowatorów", ale do „adaptatorów". Oznacza to, że liczba specjalistów usług sieciowych na 100 osób będzie mniejsza niż w krajach o większej penetracji komórkowej. Z badań zespołu Fortuny wynikają zresztą ciekawe wnioski. Otóż udało się pozyskać dane od 267 specjalistów usług sieciowych z 38 stanów, z których 73% stanowiły kobiety, zwykle rasy kaukaskiej (79,8%). Mediana wieku wynosiła 50,9 lat, a więc dość dużo, przy rozpiętości wieku badanych od 21 do 77 lat. Więcej niż połowa pracowała jako wsparcie sieciowe. Aż 94,8% posiadało własne smartfony, wskazując iż smartfony i tablety są dla nich podstawowym wsparciem przy dostarczaniu usług sieciowych. Z tych, którzy ujawnili swoje diagnozy, u 11% stwierdzono spektrum schizofrenii, 22% miało chorobę afektywną dwubiegunową, a 23% spektrum depresji. Mimo iż prywatnie osoby, od których pozyskano dane, używały własnych smartfonów rzadziej niż wynosiła średnia dla USA, uznały iż smatfony mogą być użytecznym narzędziem przy wsparciu leczenia i monitorowania stanu zdrowia psychicznego, zwłaszcza poprzez aplikacje. Wsparcie sieciowe mogłoby przy tym służyć jako mechanizm wspomagający częstsze używanie smartfonów w ochronie zdrowia.

Zespół badaczy z Londynu i Oxfordu (Garety 2017) przeprowadził badania dotyczące możliwości podejmowania interwencji online w przypadkach paranoi powiązanej ze schorzeniami spektrum schizofrenii. Przygotowana została w tym celu platforma cyfrowa *SlowMo*, która miała być łatwa w użyciu, z prostym interfejsem, zapewniać szybką komunikację, możliwość spotkań *face-to-face* online i być jednocześnie skojarzona z aplikacją mobilną. Platformę tę testowano klinicznie przez 24 miesiące, w trakcie randomizowanych badań trialowych z kontrolną grupą 1:1, z 360 uczestnikami losowo

przydzielanymi do grupy badanej lub kontrolnej. Grupa badana używała *SlowMo*, podczas gdy kontrolna terapii standardowej. Odnotowano poprawę stanu pacjentów i jakości życia w grupie *SlowMo* przy zmniejszeniu ciężkich objawów paranoi. Jednak dostępność, użyteczność i akceptowalność platformy cyfrowej musi zostać jeszcze oceniona.

Zespół Ritvo (2019) z kolei prowadził badania dotyczące osób z poważnymi epizodami depresji i zaburzeniami lękowymi pod kątem stwierdzenia, na ile objawy depresyjne zostaną wytłumione lub osłabione poprzez zastosowanie internetowej terapii poznawczo-behawioralnej zorientowanej na uważność (CBT-M) wraz z opieką psychiatryczną w porównaniu do standardowej terapii lekowej i psychoterapii. Z racji zastosowanych technik, do badań wybrano 168 osób w wieku 15–25 lat ze starannie dobranymi kryteriami uczestnictwa i wykluczenia. Badanie było randomizowane, ze ślepym pomiarem. Według badaczy, terapia online wykazała, w porównaniu do terapii standardowej, skuteczność, przy mniejszych zaangażowanych środkach, co jest i może być istotne zwłaszcza dla osób mieszkających w małych miejscowości. Badanie dotyczyło jednak młodych ludzi, dobrze zaznajomionych ze światem cyfrowym.

Wykorzystanie urządzenia elektronicznego u 457 pacjentów ze schizofrenią było niedawno ocenione w opartej na internetowych formularzach ankiecie Gaya (2016). Zdecydowana większość respondentów (411/457, 90%) zadeklarowała dostęp do co najmniej dwóch urządzeń elektronicznych, takich jak komputer, telefon komórkowy, telefon stacjonarny, tablet. Urządzenia były często wykorzystywane: 89% uczestników ankiety spędzało godzinę lub więcej dziennie korzystając z komputera, a 85% – z telefonu komórkowego. Respondenci korzystali z technologii w celu kontroli schizofrenii na szereg sposobów: łagodząc omamy słuchowe plikami dźwiękowymi (42%), poszukując informacji na temat zdrowia psychicznego (38%), tworząc przypomnienia o nadchodzących wizytach lekarskich (37%), kontrolując harmonogram leczenia (28%), nawiązując znajomości z innymi pacjentami chorującymi na schizofrenię (26%), monitorując objawy (25%), znajdując strategie kontroli choroby (24%). Większość uczestników ankiety (2/3) określiło rolę technologii cyfrowej jako centralną w swoim procesie zdrowienia w najbliższej przyszłości, podkreślając konieczność rozwoju narzędzi telemedycznych do leczenia pacjentów ze schizofrenią (Wright 2019).

Odsetek posiadaczy telefonów komórkowych wśród pacjentów ze schizofrenią stale rośnie i przekroczył 80% w 2015 roku (Firth 2016). Ponadto, duże badanie obejmujące 1592 pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi pokazało, że 81% uczestników, którzy posiadali telefon komórkowy, wyraziło zainteresowanie

otrzymaniem wsparcia e-medycznego (Ben-Zeev 2013). Technologia oferowana przez smartfony może zapewnić wygodne narzędzie samoobserwacji i treningu oraz ułatwiać pacjentowi samokontrolę choroby (Luxton 2011). Mimo że dostępność smartfonów rośnie, a ich wykorzystanie do poprawy wyników pacjentów ze schizofrenią wydaje się być obiecujące, proces ich wdrażania do praktyki klinicznej pozostaje słabo udokumentowany empirycznie (Firth 2015). Wykorzystanie urządzeń telemedycznych (w szczególności do wideokonferencji) w psychiatrii wywołało szereg obaw, w tym potencjalny niski odsetek akceptacji takiej formy kontaktu wśród pacjentów psychotycznych. Z drugiej strony, niedawne badania pokazały, że wideokonferencje są nie tylko dobrze tolerowane i akceptowane przez pacjentów (bez pogorszenia ich objawów psychotycznych) (Sharp 2011), ale także, w niektórych przypadkach, korzystniejsze niż konsultacja oparta na kontakcie bezpośrednim. Większa odległość między pacjentem a personelem medycznym w trakcie wideokonferencji powodowała mniejszy lęk i minimalizowała ryzyko nadmiernej stymulacji (Magaletta 2000).

Wykorzystanie urządzeń telemedycznych (w szczególności do wideokonferencji) w psychiatrii wywołało szereg obaw, w tym potencjalny niski odsetek akceptacji takiej formy kontaktu wśród pacjentów psychotycznych.

Interesujące są także badania naukowców południowokoreańskich (Kim 2018) dotyczące wykorzystywania smartfonów przez nastolatki i młodszych dorosłych z psychozami. Gwangju Bukgu-Community Mental Health Center postanowiło, na podstawie danych o masowym używaniu smartfonów przez osoby w tych grupach wiekowych, wspomóc terapię aplikacją mobilną. *Heal Your Mind* (HYM) miała służyć do zarządzania kognitywno-behawioralnego oraz monitorowania ewentualnych symptomów nadchodzącej wznowy. Zawierała 6 modułów m.in. do zapisywania swobodnych myśli, symptomów, „dziennika dnia", komunikacji i wagi. Decydujący był ten pierwszy, który miał być rodzajem przewodnika w terapii kognitywno-behawioralnej. Zapisanie arkusza terapii i wysłanie go do zarządzającego projektem terapeuty, oznaczało szybkie otrzymanie odpowiedzi. W półrocznym eksperymencie wzięło udział 24 nastolatków i młodszych dorosłych, 80% z nich uznało HYM za aplikację łatwą w użyciu. Dokładnie ten sam procent uznał ją za dobre i satysfakcjonujące rozwiązanie, zaś 70% było zadowolonych z pomocy, jaką uzyskało dzięki jej stosowaniu. Jednak program ten był programem pilotażowym i obecnie wdrażana jest nowa wersja, testowana już na szerszej próbie.

Szeroki wachlarz możliwości oferowany przez smartfony jest skutecznie wykorzystywany w leczeniu schizofrenii. Opisana w 2012 roku aplikacja mobilna *ClinTouch* służy jako platforma do samooceny objawów psychiatrycznych z wykorzystaniem skal *PANSS* i *Calgary* nawet do 6 razy dziennie. Wyniki dostarczone z aplikacji były istotne klinicznie i korelowały z wynikami uzyskanymi podczas wizyt opartych na kontakcie osobistym (Palmier-Claus 2012). Większą użyteczność aplikacji na smartfony dla pacjentów ze schizofrenią w porównaniu z tradycyjnymi telefonami komórkowymi wykazano w badaniu Ainswortha – uczestnicy wypełniali zawartą w aplikacji ankietę szybciej i częściej niż ankiety przesyłane przez wiadomości tekstowe (Ainsworth 2013). Natomiast aplikacja FOCUS oferuje narzędzia wspierające samoopiekę chorych ze schizofrenią poprzez wsparcie w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, funkcjonowaniu społecznym, problemach z nastrojem, omamach słuchowych i problemach z zasypianiem (Ben-Zeev 2014). Aplikacja zapewnia zindywidualizowane interwencje oparte na wynikach ankiety wypełnionej przez pacjenta. Zespół Naslunda dostarczył dowodów na to, że dostępna na smartfonach aplikacja kontrolująca aktywność fizyczną, zaprojektowana dla populacji ogólnej, jest użyteczna i dobrze akceptowana przez pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, w tym ze schizofrenią (Naslund 2015). Inna aplikacja na smartfony, *WellWave*, ma na celu promocję dobrego samopoczucia fizycznego u dorosłych z zaburzeniami psychicznymi poprzez zachęcanie do lekkiej aktywności fizycznej, dodatkowo oferując możliwość poufnego korespondowania z obsługą aplikacji oraz dostęp do biblioteki motywacyjnych książek i nagrań wideo. Udowodniono, że zachęca ona użytkowników do aktywności fizycznej i innych czynności sprzyjających zdrowemu stylowi życia, ze średnią odpowiedzią na wysłane wiadomości na poziomie 73% (Macias 2015). W ostatnim czasie aplikacja *Actissist* okazała się być użyteczna, akceptowalna oraz bezpieczna w randomizowanym badaniu klinicznym u pacjentów z wczesną psychozą (Bucci 2018). Aplikacja umożliwia pacjentowi ukończenie zestawu pytań samooceniających i, w oparciu o wyniki, zapewnia szereg aktywności, takich jak: ćwiczenia uważności, filmy edukacyjne, broszury informacyjne, linki zewnętrzne, mające na celu łagodzenie objawów psychotycznych oraz dane kontaktowe w sytuacjach kryzysowych. Graficzne podsumowanie tygodniowej aktywności pomaga pacjentowi dokonać samooceny objawów i może wpływać na proces decyzyjny dotyczący leczenia (Gumley 2020).

Piśmiennictwo:

1. Ainsworth, J., Palmier-Claus, J.E., Machin, M. et al., 2013 *A comparison of two delivery modalities of a mobile phone-based assessment for serious mental illness: native smartphone application vs text-messaging only implementations*. J.Med. Internet Res. 15, e60.

2. Athanasopoulou C., Välimäki M., Koutra K. et al. 2017 *Internet use, eHealth literacy and attitudes toward computer/internet among people with schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study in two distant European regions*. BMC Med Inform Decis Mak.17(1):136.

3. Beebe LH., Schuman DW. 2015 *Understanding the perspectives of family members on telephone intervention for individuals with schizophrenia: results of a focus group*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 53(3):32–8.

4. Ben-Zeev D., Brian RM., Aschbrenner KA., Jonathan G., Steingard S. 2018 *Video-based mobile health interventions for people with schizophrenia: Bringing the „pocket therapist" to life*. Psychiatr Rehabil J. 41(1):39–45.

5. Ben-Zeev D., Davis KE., Kaiser S., Krzsos I., Drake RE. 2013 *Mobile technologies among people with serious mental illness: opportunities for future services*. Adm Policy Ment Health. ;40(4):340–3.

6. Ben-Zeev, D., Brenner, C.J., Begale,M., Duffecy, J., Mohr, D.C., Mueser, K.T., 2014b *Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 40, 1244–1253.

7. Ben-Zeev, D., Brian, R.M., Jonathan, G. et al., 2018 *Mobile health (mHealth) versus clinic-based group intervention for people with serious mental illness: a randomized controlled trial*. Psychiatr. Serv. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800063.

8. Berrouiguet S., Baca-García E., Brandt S., Walter M., Courtet P. 2016 *Fundamentals for Future Mobile-Health (mHealth): A Systematic Review of Mobile Phone and Web-Based Text Messaging in Mental Health*. J Med Internet Res. 18(6):e135.

9. Biagianti B., Hidalgo-Mazzei D., Meyer N. 2017 *Developing digital interventions for people living with serious mental illness: perspectives from three mHealth studies*. Evid Based Ment Health. 20(4):98–101.

10. Bucci, S., Barrowclough, C., Ainsworth, J et al., 2018 *Actissist: proof-of-concept trial of a theory-driven digital intervention for psychosis*. Schizophr. Bull. 44(5):1070–1080

11. Cella M., Okruszek Ł., Lawrence M., Zarlenga V., He Z3, Wykes T. 2018 *Using wearable technology to detect the autonomic signature of illness severity in schizophrenia*. Schizophr Res. 195:537–542.

12. Donohoe G., Dillon R., Hargreaves A. et al. 2018 *Effectiveness of a low support, remotely accessible, cognitive remediation training programme for chronic psychosis: cognitive, functional and cortical outcomes from a single blind randomised controlled trial*. Psychol Med. 48(5):751–764.

13. Eisner E., Bucci S., Berry N., Emsley R., Barrowclough C., Drake RJ. 2019 *Feasibility of using a smartphone app to assess early signs, basic symptoms and psychotic symptoms over six months: A preliminary report*. Schizophr Res. 208:105–113.

14. Eisner E., Drake RJ.,2, Berry N. et al.2019 *Development and Long-Term Acceptability of ExPRESS, a Mobile Phone App to Monitor Basic Symptoms and Early Signs of Psychosis Relapse*. JMIR Mhealth Uhealth. 2019b Mar 29;7(3):e11568

15. Firth, J., Cotter, J., Torous, J., Bucci, S., Firth, J.A., Yung, A.R., 2016 *Mobile phone ownership and endorsement of „mHealth" among people with psychosis: a meta-analysis of cross-sectional studies*. Schizophr. Bull. 42, 448–455.

16. Firth, J., Torous, J., 2015 *Smartphone apps for schizophrenia: a systematic review*. JMIR Mhealth Uhealth 6, e102.

17. Flaherty, L.R., Daniels, K., Luther, J., Haas, G.L., Kasckow, J., 2017 *Reduction of medical hospitalizations in veterans with schizophrenia using home telehealth*. Psychiatry Res. 255, 153–155.

18. Fortney JC., Pyne JM., Kimbrell TA. Et al. 2015 *Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial*. JAMA Psychiatry. 2015 Jan;72(1):58–67.

19. Fortuna KL., Aschbrenner KA., Lohman MC. et al. 2018 *Smartphone Ownership, Use, and Willingness to Use Smartphones to Provide Peer-Delivered Services: Results from a National Online Survey*. Psychiatr Q. 89(4):947–956.

20. Frangou S., Sachpazidis I., Stassinakis A., Sakas G. 2005 *Telemonitoring of medication adherence in patients with schizophrenia*. 2005 Telemed J E Health. 2005 Dec;11(6):675–83.

21. Garety PA., Ward T., Freeman D. et al. 2017 *SlowMo, a digital therapy targeting reasoning in paranoia, versus treatment as usual in the treatment of people who fear harm from others: study protocol for a randomised controlled trial*. Trials. 18(1):510.

22. Gay, K., Torous, J., Joseph, A., Pandya, A., Duckworth, K., 2016. *Digital technology use among individuals with schizophrenia: results of an online survey*. JMIRMent. Health 3, e15.

23. Gottlieb JD., Gidugu V., Maru M., et al. 2017 *Randomized controlled trial of an internet cognitive behavioral skills-based program for auditory hallucinations in persons with psychosis*. Psychiatr Rehabil J. 40(3):283–292.

24. Gowda GS., Kulkarni K., Bagewadi V., et al. 2018 *A study on collaborative telepsychiatric consultations to outpatients of district hospitals of Karnataka*, India. Asian J Psychiatr.;37:161–166.

25. Gumley A, Bradstreet S, Ainsworth J, Allan S, Alvarez-Jimenez M, Beattie L et al. 2020 *Early Signs Monitoring to Prevent Relapse in Psychosis and Promote Well-Being, Engagement, and Recovery: Protocol for a Feasibility Cluster Randomized Controlled Trial Harnessing Mobile Phone Technology Blended With Peer Support*. JMIR Res Protoc. Jan 9;9(1):e15058.

26. Huerta-Ramos E., Marcó-García S., Escobar-Villegas MS. Et al. 2017 *m-RESIST, a complete m-Health solution for patients with treatmentresistant schizophrenia: a qualitative study of user needs and acceptability in the Barcelona metropolitan area*. Actas Esp Psiquiatr. 45(6):277–289.

27. Kasckow, J., Felmet, K., Appelt, C., Thompson, R., Rotondi, A., Haas, G., 2014 *Telepsychiatry in the assessment and treatment of schizophrenia*. Clin. Schizophr. Relat. Psychoses 8, 21–27A.

28. Kim SW., Lee GY., Yu HY. Et al. 2018 *Development and feasibility of smartphone application for cognitive-behavioural case management of individuals with early psychosis*. Early Interv Psychiatry. 12(6):1087–1093.

29. Krzystanek M, Domagała B. *Cyberpsychiatria – leczenie w cyberprzestrzeni internetu*. Psychiatria po Dyplomie 2019;16(3):15–20

30. Lim M. H. ,Penn D. L. 2018 *Using Digital Technology in the Treatment of Schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin vol. 44 no. 5 pp. 937–938,

31. Luxton, D.D., McCann, R.A., Bush, N.E., Mishkind, M.C., Reger, G.M., 2011 *mHealth for mental health: integrating smartphone technology in behavioral healthcare*. Prof. Psychol. Res. Pract. 42, 505–512.

32. Macias, C., Panch, T., Hicks, Y.M. et al., 2015 *Using smartphone apps to promote psychiatric and physical well-being*. Psychiatry Q. 86, 505–519.

33. Magaletta, P.R., Fagan, T.J., Peyrot, M.F., 2000 *Telehealth in the Federal Bureau of Prisons: inmates' perceptions*. Prof. Psychol. Res. Pract. 31, 497–502.

34. Krzystanek M, Bednarska-Półtorak K, Krzystanek E, Krupka-Matuszczyk I, 2008 *Program badania opinii pacjentów schizofrenicznych leczonych przeciwpsychotycznie*. Psychiatria;5(4):117–123.

35. Naslund, J.A., Aschbrenner, K.A., Barre, L.K., Bartels, S.J., 2015 *Feasibility of popular mhealth technologies for activity tracking among individuals with serious mental illness*. Telemed. J. E Health 21, 213–216.

36. Niendam T. A., Tullya L. M., Iosif A-M et al.2018: *Enhancing early psychosis treatment using smartphone technology: A longitudinal feasibility and validity study*, Journal of Psychiatric Research 96 (2018) 239–246

37. Palmier-Claus, J.E., Ainsworth, J., Machin, M. et al. 2012 *The feasibility and validity of ambulatory self-report of psychotic symptoms using a smartphone software application*. BMC Psychiatry 12, 172.

38. Ritvo P., Daskalakis ZJ., Tomlinson G. et al. 2019 *Online Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Youth Diagnosed With Major Depressive Disorders: Protocol for a Randomized Controlled Trial*. JMIR Res Protoc.;8(7):e11591.

39. Schlosser DA., Campellone TR., Truong B. et al.2018 *Efficacy of PRIME, a Mobile App Intervention Designed to Improve Motivation in Young People With Schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin vol. 44 no. 5, 2018 pp.1010–1020

40. Schulze LN., Stentzel U., Leipert J., et al. 2019 *Improving Medication Adherence With Telemedicine for Adults With Severe Mental Illness*. Psychiatr Serv. 70(3):225–228

41. Sharp, I.R., Kobak, K.A., Osman, D.A., 2011 *The use of videoconferencing with patients with psychosis: a review of the literature*. Ann. General Psychiatry 10, 14.

42. Shin S., Yeom CW., Shin C. et al. 2016 *Activity monitoring using a mHealth device and correlations with psychopathology in patients with chronic schizophrenia*. Psychiatry Res. 246:712–718.

43. Spaniel F. Novak T. , Bankovska Motlova L. et al. 2015, *Psychiatrist's adherence: a new factor in relapse prevention of schizophrenia. A randomized controlled study on relapse control through telemedicine system*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22, 811–820

44. Spaniel, F., Vohlídka, P., Hrdlicka, J., et al., 2008. *ITAREPS: information technology aided relapse prevention programme in schizophrenia*. Schizophr. Res. 98, 312–317.

45. Spiegiel J. My *Psychiatrist Is a Robot!* Psychology Today URL: https://www.psychologytoday.com/us/blog/mind-tapas/201306/my-psychiatrist-is-robot

46. Steinkamp JM, Goldblatt N, Borodovsky JT, LaVertu A, Kronish IM, Marsch LA, Schuman-Olivier Z. 2019 *Technological Interventions for Medication Adherence in Adult Mental Health and Substance Use Disorders: A Systematic Review*. JMIR Ment Health.6(3):e12493. doi: 10.2196/12493

47. Stentzel U., van den Berg N., Schulze LN., et al. 2018 *Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla)*. BMC Psychiatry. 18, 155.

48. Terry Jr AV., 2000. *Spatial navigation (water maze) tasks*. [In]: Buccafusco JJ (ed). *Behavioral Methods in Neuroscience*.

49. Thomas N., Foley F., Lindblom K., Lee S. 2017 *Are people with severe mental illness ready for online interventions? Access and use of the Internet in Australian mental health service users*. Australas Psychiatry.;25(3):257–261.

50. Torous JB. 2018 *Focusing on the Future of Mobile Mental Health and Smartphone Interventions*. 2018 Psychiatr Serv. 69(9):945.

51. Treisman GJ., Jayaram G., Margolis RL., et al. 2016 *Perspectives on the Use of eHealth in the Management of Patients With Schizophrenia*. J Nerv Ment Dis.;204(8):620–629.

52. Whittaker R., Stasiak K., McDowell H. et al.2017 *MEMO: an mHealth intervention to prevent the onset of depression in adolescents: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial* Journal of Child Psychology and Psychiatry 58:9, pp 1014–1022

53. Williams A., Fossey E., Farhall J., Foley F., Thomas N. 2018 *Recovery After Psychosis: Qualitative Study of Service User Experiences of Lived Experience Videos on a Recovery-Oriented Website*. JMIR Ment Health. 5(2):e37.

54. Wright JH, Mishkind M, Eells TD, Chan SR. 2019 *Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy and Mobile Apps for Depression and Anxiety*. Curr Psychiatry Rep. 21(7):62. doi: 10.1007/s11920-019-1031-2.

55. Xu DR., Gong W., Caine ED. Et al., 2016 *Lay health supporters aided by a mobile phone messaging system to improve care of villagers with schizophrenia in Liuyang, China: protocol for a randomised control trial*. BMJ Open. 6(1):e010120.

Ministerstwo Zdrowia

Biuro ds. pilotażu NPOZP

Instytut Psychiatrii i Neurologii