



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 149/2018 z dnia 27 lipca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program
rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi
używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na
lata 2019-2022” realizowany przez województwo śląskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie rehabilitacji medycznej u chorych z zaburzeniami psychicznymi będącymi następstwem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, która przyczynić ma się do uzyskania maksymalnej możliwej sprawności psychicznej i społecznej oraz do aktywności zawodowej. Zaplanowane interwencje stanowią spójną całość i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Należy jednak wskazać, że część elementów projektu wymaga doprecyzowania.

Cel główny warto przeformułować, aby był skonstruowany w formie oczekiwanego efektu, nie zaś działania. Cele szczegółowe oraz mierniki efektywności zostały dobrze sformułowane.

Populacja docelowa została przedstawiona poprawnie, warto jednak doprecyzować liczebność poszczególnych grup zawodowych, które wezmą udział w szkoleniach.

Zaplanowane w projekcie interwencje stanowią działania zgodne z wytycznymi, należy jednak mieć na uwadze, że częściowo pokrywają się ze świadczeniami gwarantowanymi, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. Ponadto należy uwzględnić i skoordynować działania zawarte w opiniowanym programie z działaniami podejmowanymi w ramach Narodowych Programów Zdrowia. Warto również uzupełnić lub wyjaśnić kwestie wskazane w dalszej części opinii.

Monitorowanie i ewaluacja zostały opracowane poprawnie.

Budżet został poprawnie zaplanowany, jednak warto uwzględnić również monitorowanie i ewaluację.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji psychiatrycznej i terapii zespołu uzależnień. Całkowity koszt realizacji programu wynosi 11 442 741,20 PLN, zaś okres realizacji to lata 2019-2022.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki



zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu wpisuje się w następujące priorytety zdrowotne: „ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji” oraz „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469). Poddany ocenie projekt pozostaje też zbieżny z celem operacyjnym nr 3 Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020, tj. „profilaktyką problemów zdrowia psychicznego i poprawą dobrostanu psychicznego społeczeństwa” oraz z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022 tj. celem „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”.

Opis problemu zdrowotnego dotyczy w dużej mierze problematyki zaburzeń psychicznych związanych z zażywaniem alkoholu.

W projekcie programu przedstawiono dane liczbowe dotyczące ogólnych trendów spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych w skali kraju i skali globalnej. Większość pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych nadużywaniem alkoholu w woj. śląskim, blisko 88,7%, stanowią chorzy z zespołem uzależnienia (najczęściej w wieku 30-64 lat). Z kolei, w przypadku nadużywania innych substancji psychoaktywnych, zaburzenia psychiczne nimi spowodowane dotyczyły blisko 45,8% osób w wieku 30-64 lat. Wśród najczęstszych jednostek chorobowych w ww. grupie wiekowej były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów, kokainy i leków uspokajających/środków nasennych.

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), w 2014 roku w woj. śląskim odnotowano 13,57 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako uzależnienia, co stanowiło 11,7% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby psychiczne. Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych wyniosła 355,9 i była to dziesiąta największa wartość wśród wszystkich województw.

Dane MPZ potwierdzają, że w leczeniu pacjentów uzależnionych istotną rolę odgrywa wdrożenie rehabilitacji po hospitalizacji. W roku 2014, w Polsce, było 1,5% pacjentów rehabilitowanych do 90 dni po wcześniejszej hospitalizacji z powodu chorób wynikających z uzależnienia.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności psychicznej i społecznej oraz zdolności do aktywności zawodowej osobom z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, poprzez ograniczenie lub skompensowanie funkcjonalnych deficytów wynikających z używania substancji, dzięki kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej prowadzonej w populacji osób w wieku produkcyjnym na terenie województwa śląskiego, w latach 2019-2022”. Główne założenie programu stanowi działanie, nie zaś oczekiwany efekt, w postaci którego powinien zostać sformułowany cel. Dodatkowo cel powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań.

Dodatkowo w projekcie określono 5 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie dla celu nadrzędnego. Należy zaznaczyć, że dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z zasadą S.M.A.R.T, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Cele szczegółowe wskazane w projekcie przygotowane zostały w oparciu o ww. zasadę, jednak nie są z nią w pełni zgodne, co należy skorygować.

W projekcie uwzględniono zarówno mierniki o charakterze ilościowym i jakościowym odnoszące się do wszystkich celów, co jest poprawnym działaniem. Jednak część z nich będzie bardziej użyteczna przy monitorowaniu niż pomiaru efektywności działań w projekcie, jak np. „liczba osób objętych PPZ”, „liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej” czy „liczba osób poddanych badaniom lekarskim kwalifikującym do Programu”.

Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określone były przed i po realizacji programu i odnosiły się do wszystkich określonych w programie celów szczegółowych. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby zamieszkujące województwo śląskie w wieku produkcyjnym, będący aktywni zawodowo, z rozpoznaniem F10.2, F13.2, F19.2 wg ICD-10, którzy ukończyli podstawowy cykl leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnej. Dodatkowo określono kryteria wyłączenia z programu, jakimi są: aktywne zażywanie substancji psychoaktywnej, korzystanie w momencie zgłoszenia się do PPZ ze świadczeń rehabilitacji leczniczej związanej z omawianym problemem zdrowotnym finansowanych przez NFZ lub MZ oraz występowanie przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w rehabilitacji.

Liczebność populacji możliwej do zakwalifikowania do udziału w programie, tj. 16 700 osób, została oszacowana na podstawie danych statystycznych GUS, danych epidemiologicznych prezentowanych przez Śląski Urząd Wojewódzki oraz współczynnik aktywności zawodowej woj. śląskiego (72,9% wg danych Urzędu Statystycznego w Katowicach, za III kwartał 2017 r. W programie określono potencjalną liczbę uczestników na ok. 19,3% ww. populacji (tj. 3 222 pacjentów z zespołem uzależnienia). Zawarto jednak informację, że liczba osób poddanych wstępnej kwalifikacji zostanie zwiększona o ok. 10% (3 544 mieszkańców województwa).

Populacją pośrednią, tj. uwzględnioną w części edukacyjno-szkoleniowej programu, są lekarze POZ, lekarze psychiatry, lekarze rezydenci w trakcie specjalizacji z psychiatrii, psychologowie, specjaliści terapii uzależnień oraz członkowie rodzin ww. grupy pacjentów. W projekcie przedstawiono również oszacowania liczbowe dot. danej populacji, jak i określono główne kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ. Ostatecznie przewidziano uczestnictwo ok. 298 lekarzy POZ i innych specjalistów, jednak nie wiadomo czy rozkład w grupie różnych specjalistów będzie proporcjonalny.

Interwencja

Realizacja głównych interwencji w projekcie programu została podzielona na etapy:

- Szkolenia dla kadry medycznej dotyczące nowoczesnych technik rehabilitacji zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu;
- Kompleksowa rehabilitacja:
 - Konsultacja psychiatryczna w ramach kwalifikacji do działań w programie;
 - Konsultacja psychologiczna – psycholog terapeuta uzależnień (wywiad psychologiczny, ocena kwestionariuszowa funkcjonowania psychicznego i relacji społecznych (WHOQOL-100) oraz zachowań zdrowotnych (IZZ), ustalenie harmonogramu: indywidualnych spotkań terapeutycznych, spotkań terapeutycznych pacjentów i członków ich rodzin, indywidualnych konsultacji z doradcą zawodowym, indywidualnych spotkań warsztatowych);
 - indywidualne spotkania terapeutyczne z psychologiem (psychoterapia);
 - spotkania terapeutyczne dla pacjenta i rodziny;
 - indywidualne konsultacje specjalistyczne z doradcą zawodowym;
 - o zaawansowany trening umiejętności społecznych;
 - trening rozwiązywania problemów;

- wybrane zajęcia warsztatowe: warsztaty kulinarne, kinezyterapii, arteterapii;
- zajęcia z relaksacji,
- działania edukacyjne dot. „związku stylu życia ze zdrowiem psychicznym”,
- kontrolne konsultacje specjalistyczne po 2 miesiącach od ukończenia terapii i edukacji – psychologiczna i psychiatryczna.

W ramach szkoleń dla personelu medycznego określono zakres merytoryczny, liczebność grup oraz liczbę szkoleń. Dokładna treść realizowana podczas szkoleń będzie dostosowywana do poszczególnych grup zawodowych. Organizacja szkoleń zwiększających wiedzę i kompetencje personelu medycznego dot. problematyki uzależnień znajduje uzasadnienie w rekomendacjach (PARPA 2018, NICE 2011). Szkolenia grup zawodowych realizowane są również w ramach „Krajowego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych” oraz „Krajowego programu przeciwdziałania narkomanii”. Po zakończeniu szkoleń uczestnicy wypełnią ankietę ewaluacyjną oraz ankietę dotyczącą jakości działań.

W odniesieniu do wywiadów psychiatrycznego oraz psychologicznego, należy zwrócić uwagę, że weryfikacja braku przeciwwskazań do udziału w programie przeprowadzana jest podczas obu wywiadów. Nie uzasadniono powodu takiego postępowania.

Indywidualne spotkania terapeutyczne będą realizowane przez psychologa specjalistę psychoterapii uzależnień. Trzeba podkreślić, że zgodnie z odnalezionymi wytycznymi (NICE 2011, PARPA 2018) oraz nadesłaną „Opinią PARPA”, psychoterapię uzależnienia od alkoholu muszą prowadzić osoby posiadające certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień. W programie zaznaczono jedynie, że do realizacji ww. zadania zostanie zapewniony kompetentny i doświadczony personel. Należy podkreślić, że zagwarantowanie systematycznych sesji psychoterapii pozostaje w zgodzie z rekomendacjami (PARPA 2018, DoH 2017, AWMF 2016, NICE 2011, APA 2007).

W odniesieniu do spotkań terapeutycznych dla rodzin, należy wskazać, że jest to istotne działanie z punktu widzenia trwałości i jakości życia rodziny z problemem alkoholowym (PARPA 2018, AWMF 2016, NICE 2011).

Konsultacje z doradcą zawodowym, również znajdują odzwierciedlenie w wytycznych, gdzie rekomenduje się finansowanie aktywizacji zawodowej osób uzależnionych (PARPA 2018, DoH 2017).

Wytyczne wskazują także, że trening umiejętności społecznych może być stosowany celem rekompensaty deficytów umiejętności, które doprowadziły do picia alkoholu (PARPA 2018, DoH 2017, APA 2007).

Głównym założeniem treningu rozwiązywania problemów jest zwiększenie umiejętności praktycznych przydatnych w codziennym życiu. Wytyczne (AWMF 2016) wskazują na istotność odnawiania umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Należy podkreślić, że ww. warsztaty terapeutyczne są komplementarnymi metodami terapii, tj. wspomagającymi proces leczenia i rehabilitacji wśród osób uzależnionych. Zgodnie z wytycznymi brytyjskimi (DoH 2017), interwencje o charakterze psychospołecznym są skuteczne i mogą być wykorzystywane celem wsparcia procesu zdrowienia pacjenta. Wśród wspomnianych interwencji DoH 2017 wymienia również tzw. zajęcia dodatkowe/rekreacyjne mające na celu powrót osoby uzależnionej do życia społecznego.

W projekcie nie odniesiono się do szczegółów realizacji spotkań w ramach działań edukacyjnych. Wskazano jednak, że tematyka będzie obejmować związek między stylem życia a zdrowiem psychicznym. Zaplanowano ankietę ewaluacyjną po przeprowadzeniu działań edukacyjnych.

Warto podkreślić, że kompleksowa ocena psychiatryczna i odpowiednio dopasowane interwencje terapeutyczne mają istotne znaczenie w leczeniu pacjenta z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych (APA 2007). Natomiast wytyczne polskie zalecają, aby samorząd terytorialny dofinansowywał różne formy rehabilitacji osób uzależnionych, ze względu na ograniczony zakres finansowania przez NFZ i pomoc społeczną (PARPA 2018).

Leczenie uzależnień obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych, zgodnie z treścią Rozporządzenia MZ z dn. 6 listopada 2013 r. ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386).

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że są to istotne elementy programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu jego przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności przeprowadzana ma być m.in. na podstawie określenia liczby osób biorących udział w poszczególnych działaniach realizowanych w ramach programu. Ponadto, zaplanowano również określenie „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania”. Warto również uwzględnić wskazane mierniki efektywności, które mogłyby znaleźć zastosowanie w ocenie zgłaszalności.

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników (wzoru nie załączono jednak do projektu), analizy pisemnych uwag zgłaszanych przez uczestników do realizatora PPZ oraz identyfikacji czynników zakłócających przebieg programu.

Ewaluacja programu zostanie przeprowadzona na podstawie analizy wyszczególnionych w projekcie mierników efektywności, uwzględniających zarówno wyniki badań kwestionariuszowych, testów wiedzy oraz wyniki badań kontrolnych po wdrożeniu zaplanowanych interwencji. Analizowana będzie porównanie stanu sprzed rozpoczęcia programu oraz po jego zakończeniu. Dodatkowo warto uwzględnić mierniki, które będą uwzględniały odsetek osób, które po zakończeniu powróciły do nałogu, zostały zatrudnione lub znalazły pracę oraz zależność powyższych wartości od frekwencji uczestników w poszczególnych interwencjach.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera opis planowanych działań oraz etapów podejmowanych w ramach programu. Realizator zostanie wybrany na podstawie konkursu ofert, co jest zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Opisano kompetencje oraz warunki niezbędne do realizacji programu.

Zakończenie udziału w programie możliwe ma być na każdym jego etapie na życzenie pacjenta. W przypadku ukończenia „pełnego cyklu programu”, uczestnicy otrzymywać mają wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego oraz informacje w zakresie możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach świadczeń gwarantowanych, poproszeni zostaną również o wypełnienie ankiety satysfakcji. W przypadku przerwania cyklu, pacjenci mają zostać poinformowani o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie oraz również otrzymają informacje w zakresie możliwości skorzystania ze świadczeń gwarantowanych.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 11 442 741,20 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych działań. Wskazano również, że koszty pośrednie wynieść mają 10% kosztów bezpośrednich.

W budżecie został ujęty również potencjalny zwrot kosztów dojazdu – maksymalnie 115 zł (zgodnie z treścią projektu dla maksymalnie 9% uczestników).

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Problem zdrowotny określony w projekcie programu stanowią zespoły uzależnienia, tj. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane: użyciem alkoholu (F10.2 wg ICD-10), przyjmowaniem substancji nasennych i uspakajających (F13.2 wg ICD-10) oraz naprzemiennym przyjmowaniem środków wymienionych w ramach rozpoznań (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych (F19.2 wg ICD-10). Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi ICD-10, aby stwierdzić zespół uzależnienia muszą być spełnione łącznie przynajmniej trzy z niżej wymienionych kryteriów:

- Potrzeba zażywania substancji o charakterze przymusu;
- Obniżona zdolność kontroli odnośnie do ilości, początku, zakończenia;
- Somatyczny zespół abstynencyjny;
- Wykazana tolerancja;
- Narastające zaniedbywanie innych zajęć, poświęcanie coraz więcej czasu na zdobycie, konsumpcję, odpoczywanie po jej następstwach;
- Utrzymujące się używanie substancji mimo wyraźnie szkodliwych skutków uświadamianych sobie przez konsumenta.

Z aktualnych badań EZOP (Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej; próba 10 tys. respondentów w wieku 18-64 lat), wynika, że blisko 12% mieszkańców Polski doświadczyło zaburzeń związanych z alkoholem, a ich liczbę można szacować na ok. 3 miliony (z czego uzależnieni stanowią ponad 600 tys. osób). Zgodnie z wynikami ww. badania, co piąty mężczyzna w wieku produkcyjnym nadużywa alkoholu, natomiast wśród kobiet jest to znacznie mniej obserwowane zjawisko (ok. 3,4%).

W odniesieniu do narkotyków, wyniki EZOP wskazują, że liczba osób mających z nimi styczność przekracza 1 milion mieszkańców Polski, natomiast dominującym narkotykiem są przetwory konopi (marihuana i haszysz; ok. 90% konsumentów z ww. liczby). Badania Fundacji Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS 2015) przedstawiają, że jednym z czynników różnicujących używanie substancji psychoaktywnych jest wiek. Najwyższe odsetki użytkowników narkotyków odnotowano wśród badanych w wieku 25-34 lat, prawie co trzeci respondent z tej grupy sięgał po przetwory konopi (30,8%).

Alternatywne świadczenia

W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, w Polsce funkcjonują programy z zakresu uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, tj. „Krajowy program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych” oraz „Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii”.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386), leczenie uzależnień obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych. Podobnie świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu, krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych oraz świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych obejmujące długoterminową rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol) i działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych znajdują się w ww. wykazie.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono następujące rekomendacje kliniczne:

- PARPA 2018 – Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych;
- AWMF 2016 – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften;
- APA 2007 – American Psychiatric Association;
- NICE 2011 – National Institute for Health and Care Excellence;
- DoH 2017 – Department of Health and Social Care.

Wytyczne wskazują, że zaleca się dofinansowywanie przez samorzady terytorialne różnych form rehabilitacji osób uzależnionych, ze względu na ograniczony zakres finansowania przez NFZ i pomoc społeczną. Część osób uzależnionych po zakończeniu leczenia odwykowego wymaga oddziaływań rehabilitacyjnych, których celem jest przywrócenie im zdolności do samodzielnego życia społecznego i funkcjonowania w rolach społecznych.

Kompleksowa ocena psychiatryczna i odpowiednie postępowanie psychiatryczne mają istotne znaczenie w leczeniu pacjenta z zaburzeniami używania substancji (APA 2007).

Psychoterapia została uznana za istotną na niemal każdym etapie leczenia/rehabilitacji osób uzależnionych od alkoholu. Rehabilitacji pacjentów z zespołem uzależnienia od alkoholu, ich opiece po rehabilitacji oraz ponownej integracji w miejscu pracy i stabilizacji w środowisku rodzinnym i społecznym, zawsze powinno towarzyszyć uczestnictwo w grupie samopomocy i ciągła opieka lekarza rodzinnego, jak i regularne kontrole wstrzemięźliwości od alkoholu, odnawianie umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach i efektywne strategie zapobiegania nawrotom. Szczególnie rekomenduje się finansowanie aktywizacji zawodowej osób uzależnionych. Istotne z punktu widzenia trwałości i jakości życia rodziny z problemem alkoholowym jest objęcie pomocą terapeutyczną całej rodziny (głównie terapia systemowa, ale też terapia par).

Szkolenia terapeutów również są bardzo ważnym czynnikiem, który powinien być dofinansowywany przez samorzady terytorialne, w szczególności że wszystkie interwencje związane z osobami uzależnionymi od alkoholu, powinny być prowadzone przez odpowiednio wyszkolone osoby.

Wytyczne niemieckie (AWMF 2016) sugerują, że powinno się oferować danej grupie pacjentów głównie interwencje wzmacniające ich motywację do dalszej abstynencji oraz terapię w nurcie poznawczo-behawioralnym (CBT). Z kolei, rekomendacje brytyjskie podkreślają, że zapobieganiu nawrotom nałogu i wzmacnianiu motywacji pacjenta pomagają terapie poznawcze lub CBT. APA 2007 dodaje, że dla wielu pacjentów z zaburzeniami związanymi z nadużywaniem substancji psychoaktywnych skuteczne są terapie koncentrujące się na utrzymaniu abstynencji, jak właśnie CBT, terapie behawioralne, ale i indywidualne poradnictwo z zastosowaniem programu 12-kroków. Podobnie wyniki przeglądu Farronato 2013 sugerują, że to CBT w porównaniu do jednej z metod behawioralnych, tj. sterowania uwarunkowaniami (polegającego na nagradzaniu zachowań pozytywnych dla procesu leczenia uzależnienia i negatywnym wzmacnianiu zachowań niepożądanych) ma znaczący wpływ na redukcję stopni uzależnienia od kokainy w przypadku zakończenia leczenia podstawowego ww. uzależnienia.

W ramach przeprowadzonej analizy skuteczności i bezpieczeństwa odnaleziono 2 przeglądy:

- Minozzi 2016

Wnioski z przeglądu, wskazują, że każda interwencja psychospołeczna prawdopodobnie poprawia stosowanie się do zaleceń dotyczących leczenia i może sprzyjać abstynencji pod jego koniec w porównaniu do braku jakiegokolwiek działania. Z kolei, w porównaniu ze standardowym leczeniem, interwencja psychospołeczna prawdopodobnie poprawia stosowanie się do zaleceń terapeutycznych, ale nie wpływa znacząco na abstynencję w

momencie zakończenia leczenia, ani nie pomaga w utrzymaniu długoterminowej abstynencji po leczeniu

- Farronato 2013

Terapia poznawczo-behawioralna w porównaniu do sterowania uwarunkowaniami miała znaczący wpływ na redukcję stopni uzależnienia od kokainy w przypadku zakończenia leczenia podstawowego ww. uzależnienia

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022” realizowany przez: Województwo Śląskie (ocena projektu programu polityki zdrowotnej). Raport nr: OT.441.114.2018