



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 219/2018 z dnia 19 listopada 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego 2019-2022” realizowany przez:
województwo łódzkie

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego 2019-2022” realizowany przez województwo łódzkie pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej może stanowić wartość dodaną do obecnie dostępnych świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji osób z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną. W celu podniesienia jakości programu należy rozważyć proponowane poniżej modyfikacje dotyczące poszczególnych elementów programu.

Cele programowe warto dostosować do zasady SMART. W ramach opisu mierników efektywności należy wskazać uzasadnienie dla zakładanych wartości.

Populacja docelowa została poprawnie zdefiniowana, natomiast należy usunąć rozbieżności pojawiające się w jej oszacowaniach.

Interwencja została poprawnie zaplanowana, jednak należy zwrócić uwagę, aby poszczególne działania były dostosowane do konkretnych zaburzeń występujących u danego pacjenta.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielaty u danego pacjenta udzielanych świadczeń, które są finansowane w ramach NFZ. Warto również podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie oraz ewaluacja zostały zaplanowane poprawnie. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

Wartościowym efektem przeprowadzanego programu byłoby również określenie konkretnych powodów pojawienia się zaburzeń u poszczególnych pacjentów.

Budżet programu wymaga poprawy w części odnoszącej się do zaplanowanych kosztów pośrednich.



Podczas planowania programu warto również wziąć pod uwagę i ewentualnie skoordynować działania z aktualnie funkcjonującymi programami na terenie województwa łódzkiego, mającymi na celu aktywizację osób z zaburzeniami wymienionymi w problemie zdrowotnym. Istotne jest, aby realizowane programy na wskazanym terenie uzupełniały się wzajemnie, nie zaś powielały.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zaburzeń nerwicowych. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 9 196 500 zł, 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

Oceniany projekt odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.

Opiniowany program wpisuje się w następujący priorytet Ministra Zdrowia (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2018 poz. 469): „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”.

W projekcie programu przedstawiono obszerny opis sytuacji epidemiologicznej zaburzeń zdrowia psychicznego, skupiając się na danych regionalnych, m.in. na podstawie informacji pochodzących z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz z Map potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Zgodnie z MPZ w zakresie zaburzeń psychicznych w 2014 r. w województwie łódzkim stwierdzono:

- współczynnik zgłaszalności do POZ z powodu zaburzeń psychicznych ogółem – 74 877,2 pacjentów na 100 tys. ludności, co stanowiło 1. najwyższą wartość w kraju;
- współczynnik chorobowości szpitalnej z powodu zaburzeń psychicznych ogółem – 673,0 pacjentów na 100 tys. ludności, co stanowiło 5. najwyższy wynik w kraju;
- współczynnik chorobowości AOS z powodu zaburzeń psychicznych ogółem – 4 851,7 pacjentów na 100 tys. ludności, co stanowiło 2. najwyższy wynik w kraju.

W odniesieniu do jednostek chorobowych uwzględnionych w przedmiotowym projekcie, w 2014 r. w województwie łódzkim odnotowano 0,97 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako „zaburzenia lękowe” (definiowane jako rozpoznania F40-45, F48 wg ICD-10, a więc wszystkie uwzględnione w projekcie) (5,0% wszystkich rozpoznań z powodu chorób psychicznych).

Na podstawie danych łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wskazano, że w 2017 r. w woj. łódzkim udzielono 54 035 świadczeń we wskazaniach wymienionych w programie.

Zgodnie z danymi zawartymi na stronie łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego, w 2016 r. w województwie łódzkim, w poradniach zdrowia psychicznego leczone były w sumie 112 174 osoby. Wśród pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego 58,6% stanowiły osoby w wieku 30-64 lata, a 7,8% w wieku do lat 18. W grupie osób w wieku od 30 do 64 lat najczęstszym problemem (u ponad 36% pacjentów) były zaburzenia nerwicowe związane ze stresem.

Powołując się na dane łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wskazuje, że w 2018 r. na terenie województwa łódzkiego funkcjonowały dwa podmioty posiadające umowę z NFZ w zakresie leczenia nerwic. Ponadto, podano, że w 2017 r. mieszkańcom województwa udzielono 688 282 świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w tym 978 świadczeń z zakresu leczenia zaburzeń nerwicowych w trybie dziennym (z których skorzystało 116 pacjentów).

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „powrót do sprawności umożliwiającej podjęcie pracy lub wydłużenie aktywności zawodowej poprzez działania edukacyjne i rehabilitację, co najmniej 10% pacjentów z województwa łódzkiego z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną, uczestniczących w Programie”.

Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być precyzyjnie wytyczony w odniesieniu do planowanego czasu, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Dodatkowo zdefiniowano 3 cele szczegółowe, które uzupełniają założenie główne programu. Nie są jednak w pełni zgodne z koncepcją SMART, według której powinny być: sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne i zaplanowane w czasie. W projekcie nie wskazano, na jakiej podstawie oszacowane zostały wartości docelowe dla poszczególnych założeń. Należy również zauważyć, że w przypadku celu nr 2 i 3 stopień ich osiągnięcia mierzony będzie jedynie na podstawie subiektywnej oceny uczestników.

W programie przedstawiono 7 mierników efektywności. Podobnie jak w przypadku celów, w projekcie nie wskazano uzasadnienia dla założonych wartości, jakie osiągnięte zostać mają w ramach realizacji programu. Należy zaznaczyć, że zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Określone w programie mierniki odnoszą się do celów zdefiniowanych w projekcie. Wskazano również mierniki, które wymagane są we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO (Regionalny Program Operacyjny) oraz Wytycznych.

Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, populację docelową programu stanowią mieszkańcy województwa łódzkiego w wieku aktywności zawodowej, ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 50 r.ż., cierpiących na zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną. Wśród jednostek chorobowych, zgodnie z klasyfikacją ICD-10 wymieniono:

- F40 – zaburzenia lękowe w postaci fobii;
- F41 – inne zaburzenia lękowe;
- F42 – zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw);
- F43 – reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne;
- F44 – zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne);
- F45 – zaburzenia występujące pod postacią somatyczną;
- F48 – inne zaburzenia nerwicowe.

Wiek aktywności zawodowej, określony został na podstawie definicji zawartej w „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, zgodnie z którą osoba w wieku aktywności zawodowej jest to osoba w wieku 15 lat i więcej, a o przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym).

W programie uzasadniono szczególne uwzględnienie populacji powyżej 50 r.ż. ze względu na założenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego. Zgodnie ze wspomnianym dokumentem, ze względu na fakt, że istotą finansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS programów rehabilitacji medycznej jest ułatwienie powrotu do pracy,

programy te skierowane są do osób w wieku aktywności zawodowej, w szczególności powyżej 50 r.ż. W kryteriach kwalifikacji do programu, nie wskazano konkretnie w jaki sposób osoby powyżej 50 r.ż. zostaną uwzględnione. W programach rehabilitacji medycznej, o których mowa powyżej mają uczestniczyć „osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych”.

Wśród kryteriów kwalifikacji do programu, oprócz miejsca zamieszkania i wieku, wskazano wcześniejsze rozpoznanie lub podejrzenie zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną stwierdzone przez lekarza POZ, lekarza poradni zdrowia psychicznego, lekarza medycyny pracy lub psychologa. Wskazano jednak, że weryfikacja rozpoznania następować ma wyłącznie na podstawie oświadczenia pacjenta i dokument potwierdzający nie będzie wymagany. Ponadto, w interwencjach rehabilitacyjnych w ramach programu uczestniczyć będą mogły jedynie osoby, które w ramach kwalifikacji uzyskają wynik testu PSS-10 (Perceived Stress Scale) mieszczący się w 5-10 stenie.

Kryteria wykluczenia obejmować mają przebytą rehabilitację leczniczą w schorzeniach psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej ZUS lub psychiatryczną w ramach środków NFZ w ostatnim roku, a także posiadanie przez pacjenta orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy. Weryfikacja ww. kryteriów ma być przeprowadzana również wyłącznie na podstawie oświadczenia pacjenta.

Liczebność populacji docelowej oszacowano na podstawie danych łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w zakresie liczby osób z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, będących mieszkańcami województwa łódzkiego w wieku 20-69 lat. Zgodnie z treścią projektu w 2017 r. zarejestrowano 61 176 takich pacjentów. W szacunkach uwzględniono również dane NFZ i ZUS dotyczące liczby osób, które w 2017 r. skorzystały ze świadczeń rehabilitacyjnych w zakresie schorzeń psychosomatycznych, prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS (389 osób), ze świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dorosłych finansowanych przez NFZ (108 osób), a także ze świadczeń dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych również finansowanych przez NFZ (116 osób). Na podstawie powyższych danych, liczebność populacji kwalifikującej się do włączenia do programu oszacowano na ok. 50 000 osób. Kwestia ta jest niejasna, ponieważ po odjęciu liczby osób, które skorzystały ze świadczeń rehabilitacyjnych (co stanowi kryterium wykluczenia z udziału w programie), liczba osób z zaburzeniami uwzględnionymi w projekcie wynosi 60 563. Powyższa kwestia wymaga doprecyzowania. Należy również mieć na uwadze fakt, że w danych NFZ uwzględniono populację osób po 20 r.ż., podczas gdy wiek aktywności zawodowej rozpoczyna się od 15 r.ż. W dalszej części programu wskazano, że ze względu na wielkość budżetu przeznaczanego na realizację programy, a także przy uwzględnieniu zasobów opieki psychiatrycznej województwa, programem zostanie objętych co najmniej 3 000 osób, co stanowić ma 6% populacji kwalifikującej się do udziału w programie. W programie nie wskazano jaka liczba osób zostanie objęta działaniami informacyjnymi.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie następujących interwencji:

- Działania informacyjne skierowane do ogółu mieszkańców województwa łódzkiego oraz lekarzy POZ, lekarzy medycyny pracy, personelu poradni zdrowia psychicznego, organizacje pozarządowe zajmujących się tematyką zdrowia psychicznego, polegające na dostarczaniu wiedzy nt. realizowanego programu oraz możliwości kierowania pacjentów do udziału w nim.;
- Kwalifikacja do programu – ocena stanu psychicznego przy zastosowaniu skali PSS-10 (skala odczuwanego stresu), GSES (skala uogólnionej własnej skuteczności) oraz GHQ (ocena zdrowia psychicznego wg D. Goldberga). Warto wskazać, że jednym z kryteriów kwalifikacji do programu jest wynik testu w skali PSS-10, natomiast pozostałe testy będą wykorzystywane w ramach oceny skuteczności programu. W projekcie wskazano, że proces

kwalfikacji może odbywać się osobiście lub za pomocą narzędzi teleinformatycznych np. poprzez platformę internetową.

- 10-tygodniowy blok zajęć obejmujący:
 - moduł warsztatowy:
 - trening rozwijania umiejętności psychospołecznych (2 zajęcia) i trening radzenia sobie ze stresem (2 zajęcia);
 - trening rozwijania umiejętności emocjonalnych (2 zajęcia);
 - trening zarządzania sobą w czasie (1 zajęcia);
 - trening relaksacyjny;
 - indywidualne konsultacje psychologiczne i/lub psychiatryczne;
 - zajęcia aktywności fizycznej.
- Ponowna ocena stanu psychicznego pacjenta przez psychiatrę/psychologa wraz z dokonaniem oceny porównawczej z wynikami uzyskanymi na początku udziału w programie. Wydanie zaleceń dla pacjenta w odniesieniu do dalszego postępowania.

Terapia behawioralno-poznawcza (CBT) na podstawie której zostały zaplanowane warsztaty jest zgodnie z wytycznymi NICE zalecaną metodą postępowania terapeutycznego w zaburzeniach zdrowia psychicznego. Jej rekomendowany rodzaj, częstość i czas trwania różnią się w zależności od rodzaju zaburzenia, jego nasilenia oraz etapu leczenia chorego. Z treści projektu nie wynika wprost, czy wszystkie zajęcia będą realizowane wśród wszystkich uczestników w taki sam sposób, czy też rozdysponowane zostaną w zależności od schorzenia bądź jego ciężkości zatem wymaga to doprecyzowania.

Relaksacja wymieniana jest w wytycznych NICE (2011A, 2011B) w odniesieniu do zespołu lęku uogólnionego, nieodpowiadającego na leczenie o niskiej intensywności.

Powołując się na wyniki przeglądu systematycznego Stonerock 2015, wskazano, że „ćwiczenia fizyczne mogą być pomocnym i łatwo dostępnym środkiem stosowanym w leczeniu zaburzeń lękowych”. Należy zaznaczyć, że pomimo iż powyższy wniosek znajduje się w przeglądzie, to wskazano również, że brak jest danych pochodzących z dobrze zaprojektowanych badań randomizowanych z grupą kontrolną (RCT), a ograniczenia metodologiczne w istniejących badaniach dotyczących ćwiczeń, uniemożliwiają wyciągnięcie ostatecznych wniosków nt. ich skuteczności. Zebrany materiał dowodowy nie jest wystarczający, aby zalecać ćwiczenia jako metodę terapeutyczną wśród osób z klinicznie podwyższonym poziomem lęku. Uwzględniając korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych na ogólne zdrowie organizmu oraz rekomendację (JCPMH 2016) mogą one być realizowane w ramach programu, po uprzednim dostosowaniu ich do uczestnika i jego jednostki chorobowej.

W rekomendacjach Joint Commissioning Panel for Mental Health (JCPMH 2016), ćwiczenia fizyczne wymieniane są jako jedna z interwencji zalecanych w rehabilitacji psychiatrycznej.

Warto zwrócić uwagę, że celem programu jest powrót do sprawności umożliwiającej podjęcie pracy lub wydłużenie aktywności zawodowej. W projekcie nie zaplanowano jednak bezpośrednich działań dotyczących aktywizacji zawodowej. W odnalezionych dowodach naukowych wskazuje się na skuteczność wdrażania tzw. „rehabilitacji zawodowej” wśród osób z zaburzeniami psychicznymi (Crowther 2001, Heffernan 2011). Ponadto, w rekomendacjach, doradztwo zawodowe wymieniane jest jako jedno z działań zalecanych w ramach rehabilitacji psychiatrycznej (JCPMF 2016).

Należy podkreślić, że odnalezione dowody wskazują na korzyści wynikające z wdrażania zintegrowanych modeli opieki psychiatrycznej (Kelly 2011, Cerimele 2010) wśród osób z zaburzeniami psychicznymi. W odnalezionych rekomendacjach w zakresie rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, podkreśla się konieczność wdrażania skoordynowanych działań z zakresu stacjonarnej opieki psychiatrycznej oraz działań w płaszczyźnie społecznej, przy udziale multidyscyplinarnego

zespołu specjalistów posiadających fachową wiedzę, w celu zaspokojenia złożonych i różnorodnych potrzeb terapeutycznych osób z zaburzeniami psychicznymi (JCPMF 2016).

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności przeprowadzana ma być na podstawie określenia liczby osób biorących udział w poszczególnych etapach programu, tj. liczby osób, które: zgłosiły się do programu, zostały do niego zakwalifikowane, zrealizowały cykl warsztatów psychologicznych w ramach programu, skorzystały z zajęć aktywności fizycznej w ramach programu oraz zrealizowały „pełną ścieżkę” programu.

Ponadto w treści projektu wskazano, że realizator odpowiadać będzie również za monitorowanie takich kwestii jak „przyczyny braku uczestnictwa/rezygnacji pacjentów z poszczególnych etapów/części programu”. Dodatkowo, do zadań realizatora należeć będzie również kontakt z osobą, która zaprzestała uczestnictwa, w celu ustalenia przyczyny takiego stanu rzeczy oraz w miarę możliwości, ponownego zaangażowania pacjenta w udział w programie.

W ramach oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach programu, zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji uczestników. Wzór wspomnianej ankiety stanowi załącznik do projektu programu, jednak zaznaczono, że realizator, będzie mógł zmodyfikować bądź rozbudować wskazany kwestionariusz. Uczestnicy będą również mieli możliwość zgłaszania pisemnych uwag.

Zgodnie z treścią projektu, ewaluacja programu odbywać się ma na zasadach określonych w „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” oraz w „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”. Wskazano, że przeprowadzona zostanie analiza i porównanie stanu pierwotnego z końcowym, m.in. w zakresie poszczególnych mierników efektywności. Podano, że ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu programu, będzie procesem długoterminowym oraz że zostanie sfinansowana z innych środków niż te przeznaczone na realizację programu. Ma ona obejmować m.in. kwestię „zachowania sprawności pacjentów w kontekście ich aktywności zawodowej”.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis jego etapów oraz działań organizacyjnych. Wybór realizatora nastąpić ma na podstawie konkursu ofert, co jest zgodne z wymaganiami ustawowymi. W sposób szczegółowy wskazano również wymagania względem personelu, sprzętu i warunków lokalowych, jakimi powinien dysponować realizator.

Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 9 196 500 zł, z czego 85% (7 817 025 zł) pochodzić ma ze środków EFS.

Przedstawiono koszty w projekcie budżet zawiera m.in. informacje w zakresie kosztów jednostkowych (w tym na jednego uczestnika), kosztów całkowitych w podziale na koszty bezpośrednie (związane ze świadczeniami i inne) oraz koszty pośrednie.

W projekcie nie przedstawiono budżetu przypadającego na poszczególne lata trwania programu. Maksymalny koszt jednostkowy na pacjenta wynosić ma 2 024,83 zł.

Zgodnie z treścią projektu, „koszty merytoryczne dotyczące świadczeń zdrowotnych” wynosić będą 6 074 500 zł, co stanowić ma 66% środków na program ogółem.

Jak wspomniano wcześniej, poza ww. grupami kosztów, w budżecie wyodrębniono również koszty pośrednie, które wynieść mają 1 839 000 zł (20% kosztów całkowitych), co jest kwotą wyższą niż przewidują to wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020. W skład kosztów pośrednich wchodzić mają m.in. wydatki przeznaczone na działania informacyjne.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Oceniany projekt odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną. Zgodnie z treścią projektu, interwencjami w ramach programu objęte mają zostać osoby z następującymi rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD-10:

- F40 – zaburzenia lękowe w postaci fobii;
- F41 – inne zaburzenia lękowe;
- F42 – zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw);
- F43 – reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne;
- F44 – zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne);
- F45 – zaburzenia występujące pod postacią somatyczną;
- F48 – inne zaburzenia nerwicowe.

Ponadto, w projekcie programu podkreśla się negatywny wpływ ww. zaburzeń psychicznych na aktywność zawodową jednostki, w tym na jej zdolność do pracy.

W projekcie programu przedstawiono obszerny opis sytuacji epidemiologicznej zaburzeń zdrowia psychicznego.

Alternatywne świadczenia

W ramach NFZ świadczenia z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej finansowane są w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz w warunkach dziennych psychiatrycznych.

Ocena technologii medycznej

W programie zostaną wykorzystane następujące kwestionariusze oraz skale:

- PSS-10 – zgodnie z informacjami zawartymi na stronie PTP, zgodność wewnętrzną testu sprawdzono w badaniach 120-osobowej grupy dorosłych, uzyskując wskaźnik alfa Cronbacha równy 0,86. Korelacja wszystkich pytań z ogólnym wynikiem skali jest zadowalająca. Rzetelność oszacowano na 0,72. W odniesieniu do trafności skali wskazano, że koreluje ona pozytywnie z nasileniem stresu zawodowego w pracy, ocenionym na podstawie Kwestionariusza do Subiektywnej Oceny Pracy. PSS-10 ma zastosowanie w ocenie natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Skala przeznaczona jest głównie do celów badawczych, może znaleźć zastosowanie w praktyce, w badaniach przesiewowych, profilaktycznych, w ocenie efektywności oddziaływań terapeutycznych;
- Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) przeznaczona jest do badania zdrowych i chorych osób dorosłych. Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Współczynnik alfa Cronbacha w przypadku tej skali jest równy 0,85. Rzetelność skali oszacowano na 0,78. Istotnie statystycznie zależności między skalą GSES a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia (MHLC), nastawieniem optymistycznym (mierzonym Testem Orientacji Życiowej LOT-R) i poczuciem własnej wartości (mierzonym Skalą Poczucia Własnej Wartości Rosenberga RSES);
- Ocena zdrowia psychicznego wg D. Goldberga, (2 rodzaje) stosuje się w badaniach przesiewowych mających na celu ujawnienie osób z zaburzeniami psychicznymi oraz w badaniach kondycji psychicznej różnych populacji. PTP przedstawiając rzetelność testu wskazano na wysokie współczynniki zgodności wewnętrznej obu kwestionariuszy oraz zadowalającą stabilność bezwzględną. W odniesieniu do trafności, wskazano natomiast, że jest ona potwierdzona metodą porównań międzygrupowych oraz analiz czynnikowych wersji GHQ-28.

W brytyjskich rekomendacjach Joint Commissioning Panel for Mental Health w zakresie rehabilitacji osób zaburzeniami psychicznymi, zwrócono uwagę na konieczność wdrażania skoordynowanych działań z zakresu stacjonarnej opieki psychiatrycznej oraz działań w płaszczyźnie społecznej, przy udziale multidyscyplinarnego zespołu specjalistów posiadających fachową wiedzę w celu zaspokojenia złożonych i różnorodnych potrzeb terapeutycznych osób z zaburzeniami psychicznymi (JCPMF 2016).

Wśród zalecanych w rehabilitacji psychiatrycznej interwencji wymienia się: dobór odpowiednich środków farmaceutycznych; terapię psychologiczną (terapia behawioralno-poznawcza w psychozach oraz interwencje rodzinne) –wspierającą zrozumienie problemów zdrowia psychicznego jednostki oraz pozwalającą na identyfikację odpowiednich strategii pomocnych w redukcji dolegliwości; konsultacje psychologiczne powinny być dostępne również dla personelu medycznego sprawującego opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi; leczenie poprzez sztukę (arteterapię) – łączące sztukę i techniki psychoterapeutyczne w celu umożliwienia komunikacji, ekspresji i zrozumienia osób chorych; działania z zakresu zdrowego stylu życia (ćwiczenia, zaprzestanie palenia, porady dietetyczne) oraz monitorowanie zdrowia fizycznego; szkolenia w zakresie samoopieki, rozwijanie umiejętności życia codziennego, doradztwo zawodowe (JCPMF 2016).

Jeżeli osoby z zaburzeniami psychicznymi wymagają wsparcia społecznego, zawodowego lub edukacji, należy rozważyć: udzielenie im informacji nt. dostępności grup samopomocy (nie dot. osób z PTSD), grup wsparcia i innych formach pomocy, w przypadku osób z umiarkowanymi lub ciężkimi schorzeniami – świadczenia z zakresu edukacji i wspierania zatrudnienia (NICE 201136, ostatnia aktualizacja w 2014 r.).

W zaburzeniach psychicznych o łagodnym i umiarkowanym przebiegu zaleca się m.in.: o w depresji podprogowej: biblioterapię indywidualną opartą na metodach terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), skomputeryzowana CBT, zorganizowane, grupowe programy aktywności fizycznej, o w uogólnionych zaburzeniach lękowych, które nie uległy poprawie po zakończeniu psychoedukacji: indywidualna biblioterapia wspomagana przez specjalistę lub z minimalnym udziałem specjalisty, grupy psychoedukacyjne, o w PTSD: skierowanie na CBT zorientowaną na traumę, lub terapię odwracania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR) (NICE 2011).

W odniesieniu do ścieżek postępowania w najczęstszych zaburzeniach psychicznych (depresja, uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół lęku napadowego, PTSD oraz fobie społeczne) na poziomie lokalnym, wskazuje się, że powinny one: podlegać negocjacjom, być wykonalne i zrozumiałe dla pacjentów, ich rodzin, opiekunów i lekarzy, być dostępne i akceptowalne dla wszystkich osób wymagających świadczeń w ich ramach, być dostosowane do potrzeb pacjentów, ich rodzin i opiekunów, być zintegrowane, tak aby nie istniały ograniczenia w przechodzeniu między poziomami danej ścieżki postępowania, być skoncentrowane na wynikach (w tym w odniesieniu do jakości).

W rekomendacjach NICE wskazuje się, że w przypadku osób z depresją, które uważa się za istotnie zagrożone nawrotem choroby (w tym osoby z nawrotem pomimo leczenia przeciwdepresyjnego lub niezdolne do kontynuowania leczenia przeciwdepresyjnego lub z objawami rezydualnymi), powinny otrzymać jedną z następujących interwencji psychologicznych: indywidualna terapia poznawczo-behawioralna (CBT) w przypadku osób, u których wystąpił nawrót choroby mimo przyjmowania leków oraz osób ze znaczą depresją lub objawami rezydualnymi pomimo leczenia (zalecany czas trwania leczenia: 16 do 20 sesji terapeutycznych przez okres 3 do 4 miesięcy), terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) w przypadku osób, u których obecnie nie stwierdza się objawów depresji, ale w przeszłości doświadczyły trzech lub więcej epizodów depresyjnych (czas trwania leczenia: 2-godzinne spotkania raz w tygodniu przez 8 tygodni oraz 4 sesje kontrolne w okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia, 8-15 osobowe grupy) (NICE 200937, ostatnia aktualizacja w 2018 r.).

W odniesieniu do osób z PTSD, u których objawy były obecne przez ponad 3 miesiące od urazu, zaleca się przeprowadzanie interwencji psychologicznych, w tym kursów leczenia psychologicznego

zorientowanego na traumę (czas trwania: 8-12 sesji, raz w tygodniu) (NICE 200538, ostatnia aktualizacja w 2015 r.).

Odnalezione dowody naukowe (przegląd systematyczny Crowther 2001) dotyczący rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych z powodu zaburzeń psychicznych i oceniający skutki różnych form rehabilitacji zawodowej (szkolenia zawodowe, zatrudnienie wspomagane, porównane ze sobą oraz ze standardowymi formami terapii (w szpitalu lub w społeczności)) wykazały, że zatrudnienie wspomagane było znacznie skuteczniejsze od wstępnego kształcenia zawodowego. Po 18 miesiącach 34% osób korzystających z zatrudnienia wspomaganego, miało pracę, w porównaniu z 12% osób korzystających ze wstępnego kształcenia zawodowego (RR=0,76, 95% CI, NNT 4,5). Klienci zatrudnienia wspomaganego zarabiali więcej i pracowali więcej godzin w ciągu miesiąca. Zatrudnienie wspomagane jest bardziej skuteczne w uzyskaniu konkurencyjnej pracy niż wstępne kształcenie zawodowe.

Przegląd systematyczny Heffernan 2011 mający na celu zbadanie dowodów skuteczności stosowania modelu IPS (z ang. individual placement and support) Wielkiej Brytanii wykazał, że istnieją dowody na to, że interwencje wysokiej zgodności z IPS zwiększają odsetek pacjentów uczestniczących w szkoleniach i ich zatrudnienie (obserwacja 6-18 miesięcy). Potrzebne są dalsze badania w celu poprawy poziomu wiedzy naukowej w odniesieniu do IPS, w kontekście Wielkiej Brytanii. Ocena powinna koncentrować się na jakości zdobytego zatrudnienia pacjentów.

Przegląd systematyczny z metaanalizą Andersen 2012 przeprowadzony w celu zbadania możliwości i przeszkód, których doświadczają pracownicy z typowymi zaburzeniami psychicznymi w czasie powrotu do pracy oraz odpowiedzi na pytania, jak osoby chore psychicznie postrzegają powrót do pracy, co charakteryzuje optymalną interwencję pomocy w powrocie do pracy oraz wskazanie możliwości poprawy przyszłych interwencji, wykazał, że pracownicy z typowymi zaburzeniami psychicznymi wskazują na wiele przeszkód podczas powrotu do pracy, związanych z: cechami ich osobowości, brakiem wsparcia społecznego, ograniczeń systemów socjalnych i rehabilitacyjnych. Pracownikom trudno było zdecydować, kiedy byli gotowi do powrotu do pracy. Badania pokazały, że proces powrotu do pracy powinien być postrzegany jako spójny i ciągły. Metaanaliza pokazała, że brak jest koordynacji między systemami społecznymi, a rehabilitacyjnymi. Potrzebna jest zmiana we wprowadzaniu interwencji w kierunku większej koordynacji.

Wyniki przeglądu systematycznego Kelly 2011 pokazały, że zintegrowane modele opieki psychiatrycznej są bardziej skuteczne (w porównaniu do innych modeli) i przynoszą dobre skutki zdrowotne, zarówno psychiczne jak i fizyczne. W niektórych sytuacjach klinicznych poprawiły funkcjonowanie społeczne, samodzielność osób chorych. Inne korzyści, jakie według badań wiążą się z wprowadzeniem zintegrowanych modeli opieki psychiatrycznej: obniżona hospitalizacja osób chorych psychicznie, większa akceptacja interwencji terapeutycznych przez pacjentów, lepszy dostęp do opieki specjalistycznej, większe zaangażowanie osób chorych. Autorzy dokonali ograniczonej oceny ekonomicznej. Wykazano, że model „współpracy” w opiece psychiatrycznej zmniejsza koszty obsługi pacjentów, zwiększa oszczędności. Niemniej wyniki te nie są widoczne we wszystkich badanych grupach. Zyski wymagają zaangażowania osób dostarczających usług opieki, starannego zaprojektowania interwencji i ich konsekwentnego stosowania. Skuteczne modele wymagają uwagi na wielu poziomach: od organizacyjnych do poszczególnych lekarzy oraz kompleksowej obsługi. Powinno się zadbać o ciągłość i kompleksowość usług. Zgodnie z oczekiwaniami, nie zidentyfikowano jednego, uniwersalnego modelu. Zintegrowana opieka psychiatryczna powinna być wdrażana po wykonaniu lokalnej próby, z uwzględnieniem charakterystyki konkretnej populacji.

Przegląd systematyczny Cerimele 2010 miał być podstawą do oceny integracji usług medycznych podstawowej opieki w placówkach opieki psychiatrycznej. Wyniki pokazały, że umieszczenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w placówkach opieki psychiatrycznej poprawia utrzymanie zdrowia, koordynację opieki i zadowolenie z niepsychiatrycznych usług opieki.

W rekomendacjach NICE z zakresu depresji u osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi wskazuje się, że w 2007 r. całkowity koszt świadczeń w zakresie leczenia depresji w Anglii wyniósł ok. 1,7 miliarda funtów, podczas gdy utrata zatrudnienia z powodu depresji zwiększyła tę sumę do 7,5

miliarda funtów. Szacuje się, że do roku 2026, ww. koszty wyniosą odpowiednio 3 miliardy funtów oraz 12,2 miliarda funtów.

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.189.2018 „Program edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego 2019-2022” realizowany przez: województwo łódzkie, Warszawa, listopad 2018 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 295/2018 z dnia 13 listopada 2018 roku o projekcie programu „Program edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego”