



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 48/2021 z dnia 25 sierpnia 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program
rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi”
(woj. wielkopolskie)**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy m.in. prowadzenia kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej wśród osób dotkniętych problemem depresji, co stanowi istotny problem zdrowotny i wpisuje się w priorytet „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469).

Zaplanowane działania mają na celu zwiększenie dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej i znajdują potwierdzenie w odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej. Niemniej w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić w opisie projektu poniższe uwagi oraz uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii:

- Cele programu oraz mierniki efektywności należy uzupełnić w sposób zgodny z uwagami zawartymi w dalszej części opinii.
- Monitorowanie i ewaluacja wymagają doprecyzowania zgodnie z zamieszczonymi w dalszej części opinii uwagami i w sposób, który umożliwi kompleksową ocenę uzyskanych dzięki realizacji programu efektów.
- W ramach planowanych interwencji należy korzystać z narzędzi do oceny depresji, które mają naukowo udokumentowaną skuteczność i nie są uciążliwe dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanych przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Województwo Wielkopolskie. Zakłada on przeprowadzenie kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej dla osób w wieku od 18 do 65 r. ż. dotkniętych problemem depresji oraz szkoleń dla personelu medycznego. Planowany okres realizacji projektu to lata 2021-2026. Koszty całkowite programu zostały oszacowane na 2 897 840 zł.



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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.) 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 dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim są zaburzenia afektywne i nerwicowe. Przedstawiono definicje i dane dot. depresji, zaburzeń afektywnych (ICD-10: F30-34, F38-39), a także wskazano powiązanie depresji z samobójstwami. Odniesiono się m.in. do klasyfikacji, przyczyn oraz objawów depresji.

Projekt programu wpisuje się w następujący priorytet zdrowotny: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469).

W treści projektu przedstawiono ogólnoswiatowe, ogólnopolskie oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Wskazano m.in., że umieralność w woj. wielkopolskim z przyczyny zaburzeń psychicznych jest o ok. 19,6% niższa, niż w przypadku średniej dla całego kraju, osiągając tym samym 8 miejsce wśród wszystkich regionów Polski. Odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych, wskazując, że zapadalność rejestrowana dotycząca zaburzeń nastroju, pozostaje w województwie wyższa od średniej dla całej Polski (233,1/100 tys.) i wynosi 246,8/100 tys.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*ograniczenie liczby prób samobójczych do 10% wśród osób uczestniczących w programie w okresie jego trwania i do 3 m-cy od zakończenia udziału w programie*”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. W projekcie nie uzasadniono przyjętej wartości docelowej. Ponadto, proponuje się rozważenie zmiany celu głównego programu. Interwencje zaplanowane w projekcie mają szerokie spektrum efektów zdrowotnych i koncentracja wyłącznie na zdarzeniu prób samobójczych może nie odzwierciedlać pełnego spektrum zdarzeń istotnych dla oceny efektywności programu.

Programy dotyczące profilaktyki samobójstw nierzadko mają na celu poprawę wiedzy, umiejętności i postaw specjalistów, członków społeczności czy rodzin osób z myślami samobójczymi, tak aby poprawić ich zdolność do interwencji i oferowania wsparcia. Zatem przy tak rozbudowanym programie polityki zdrowotnej, populacji docelowej obejmującej także personel medyczny, cel główny może dotyczyć skutków populacji szerszej niż osoby z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „*wzrost u co najmniej 80% liczby osób uczestniczących w programie, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych, maksymalnej możliwej sprawności psychicznej i społecznej*”,
- (2) „*ograniczenie lub skompensowanie funkcjonalnych deficytów wynikających z zaburzeń psychicznych depresyjnych, poprzez udzielenie wsparcia specjalistycznego, u co najmniej 20% osób uczestniczących w programie*”,
- (3) „*zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 90% uczestników programu, poprzez prowadzone działania edukacyjne*”,
- (4) „*wzrost wiedzy i kompetencji z zakresu nowoczesnych metod rehabilitacji zaburzeń depresyjnych u co najmniej 90% przedstawicieli personelu medycznego, uczestniczących w szkoleniach realizowanych w programie*”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Założenia szczegółowe programu zdefiniowano w sposób poprawny, niemniej nie uargumentowano przyjętych wartości docelowych.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba prób samobójczych (max. 10%)”,
- (2) „liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w programie (240 os.)”,
- (3) „liczba osób objętych programem, uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie (2000 os.)”,
- (4) „liczba osób uczestniczących w badaniu lekarskim kwalifikującym do programu (2200 os.)”,
- (5) „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie (co najmniej 70% uczestników)”,
- (6) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach szkoleń dla kadry medycznej (co najmniej 90% uczestników)”,
- (7) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie (co najmniej 90% uczestników)”,
- (8) „odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami (co najmniej 80% uczestników)”,
- (9) „odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami (co najmniej 80% uczestników)”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego. Wskaźniki nr 2, 3, 4 i 5 nie spełniają funkcji miernika efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Miernik nr 6 do 4 celu szczegółowego, natomiast miernik nr 7 do 3 celu szczegółowego. Mierniki nr 8 i 9 nie odnoszą się do celów programu, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas ewaluacji. Nie zaproponowano mierników do 1 i 2 celu szczegółowego, co należy uzupełnić. Nie odniesiono się także do wskazanych wartości docelowych.

Reasumując, elementy programu dotyczące celów programu i mierników efektywności wymagają uzupełnienia zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby w wieku od 18 do 65 r. ż. dotknięte problemem zaburzeń nastroju, w tym pacjenci z rozpoznaniem: epizod depresyjny (ICD-10: F32) i depresja nawracająca (ICD-10: F33). Liczebność populacji docelowej wynosi 5 288 osób. Zgodnie z treścią projektu, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi programu, obejmie on łącznie 1600 osób.

Ponadto, w programie zaplanowano szkolenia dla kadry medycznej. Z zapisów programu wynika, że mają one być przeprowadzane w pierwszych trzech latach realizacji programu, łącznie dla 250 osób (50 osób w 2021 r., 100 osób w 2022 r. oraz 100 osób w 2023 r.).

W projekcie przedstawiono kryteria kwalifikacji, które nie budzą zastrzeżeń.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie:

- kampanii informacyjnej;
- szkoleń dla personelu medycznego;
- kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej, w tym: pierwszej konsultacji psychiatrycznej, pierwszej konsultacji psychologicznej, indywidualnych spotkań terapeutycznych z psychologiem, indywidualnych konsultacji specjalistycznych, treningu redukcji stresu, warsztatów terapeutycznych, warsztatów asertywności, działań edukacyjnych, drugiej konsultacji psychologicznej oraz kontrolnej konsultacji psychiatrycznej lekarskiej.

Kampania informacyjna

Zaplanowano nawiązanie współpracy z podmiotami leczniczymi i organizacjami pozarządowymi, założono także zaangażowanie lokalnych mediów. Informacje o programie dostępne będą w siedzibie wykonawców, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Zaplanowano również dystrybucję materiałów akcydensowych w formie ulotek i plakatów. Powyższe działania nie budzą zastrzeżeń.

Szkolenia dla personelu medycznego

Zaplanowano przeprowadzenie szkoleń dla kadry medycznej tj. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistów w dziedzinie psychiatrii, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinie, psychologów, terapeutów środowiskowych oraz pielęgniarek. Szkolenia mają być realizowane w trybie jednodniowym, w ramach 10 godzin lekcyjnych (po 45 min) w maksymalnie 25 osobowych grupach. Treści przekazywane w ramach szkoleń dotyczyły będą m.in.: kompleksowości postępowania w rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi, nowoczesnych metod psychoterapii stosowanych w usprawnianiu funkcji poznawczych, rehabilitacji psychiatrycznej z udziałem nowoczesnych technologii, efektywnego łączenia farmakoterapii z metodami niefarmakologicznymi, najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki. Szkolenia prowadzone będą przez lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii lub psychologów z kwalifikacjami w zakresie psychoterapii oraz specjalistów psychologii klinicznej, doświadczonych w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem zaburzeń psychicznych afektywnych z co najmniej 5 letnim doświadczeniem.

W projekcie, w celu oceny efektywności przeprowadzonych szkoleń zaplanowano weryfikację wiedzy uczestników przed i po szkoleniu oraz ankietę ewaluacyjną dot. organizacji szkolenia i przekazywanych treści. Powyższe działania należy uznać za zasadne.

Kompleksowa rehabilitacja uczestników

Drugi etap realizacji programu obejmuje przeprowadzenie kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej. Poniżej przedstawiono opis zaplanowanych interwencji.

Pierwsza konsultacja psychiatryczna

Weryfikacja spełniania przez uczestników wymagań zawartych w kryteriach kwalifikacji do udziału w programie, odbywać się będzie w ramach konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie psychiatrii. Wskazano, że pierwsza konsultacja psychiatryczna obejmować ma: badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe, analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania (F32, F33 wg ICD-10). W ramach wizyty zaplanowano także analizę dokumentacji medycznej stwierdzającej zakończenie leczenia właściwego ww. zaburzeń lub dotychczasowego leczenia, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie (m.in. brak ciężkiej depresji, zaburzeń psychotycznych, upośledzenia umysłowego), a także uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w programie. Ponadto wizyta ma obejmować: wydanie zaleceń lekarskich na piśmie, wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjaliście w dziedzinie psychiatrii i/lub psychoterapeucie, z którego świadczeń korzysta pacjent oraz ewentualne zalecenie konsultacji specjalistycznej wraz

ze wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie.

Pierwsza konsultacja psychologiczna

Następnie, u zakwalifikowanych uczestników przeprowadzona zostanie konsultacja psychologiczna, obejmująca wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności zawodowej i społecznej pacjenta), zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie, ocenę funkcjonowania psychologicznego (na podstawie testu depresji – Inwentarza Depresji Becka), ustalenie harmonogramu indywidualnych spotkań terapeutycznych oraz zaplanowanie indywidualnego planu konsultacji specjalistycznych.

Weryfikacja braku przeciwwskazań do udziału w programie przeprowadzana ma być dwukrotnie – przez lekarza psychiatrę oraz przez psychologa. Wskazano, że celowo zastosowano dwukrotną weryfikację braku przeciwwskazań do udziału w nim, zgodnie z założeniem, iż lekarz psychiatra kwalifikuje pacjenta pod kątem zdrowia psychicznego (wyklucza ewentualne zaburzenia lub choroby psychiczne, które mogłyby stanowić przeszkodę do wzięcia udziału w programie), natomiast psycholog pod kątem sprawności psychologicznej (poznawczej, emocjonalnej, społecznej), niezbędnej do udziału w programie.

Zaproponowany w projekcie Inwentarz Depresji Becka (IDB) jest narzędziem standaryzowanym umożliwiającym ocenę nasilenia depresji, pozwalającym różnicować osoby zdrowe od pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi. IDB może być stosowany w badaniach jako test przesiewowy do oceny występowania zaburzeń depresyjnych w populacji.

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) informuje, że w badaniach przesiewowych w kierunku depresji pozytywna odpowiedź na jedno z dwóch zadanych pytań odzwierciedla status zdrowotny osoby tak samo skutecznie, jak inne narzędzia przesiewowe, wymagające dłuższego zaangażowania do przeprowadzenia oceny (Ann Intern Med., 2002 i 2018). Proponowany kwestionariusz obejmuje 20 pytań, w tym pytanie 9 odnosi się do oceny próby samobójczej. Plan opieki, w przypadku depresji, obejmować powinien ustalenie zindywidualizowanych celów i usunięcie wszelkich barier w dostępie do usług w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia oraz ma odzwierciedlać obawy, preferencje, potrzeby oraz możliwości jednostki (Rollans 2013). USPSTF nie znalazła dowodów na to, że badania przesiewowe pod kątem ryzyka samobójstwa zmniejszają próby samobójcze lub śmiertelność (USPSTF 2004, 2013). Zatem za zasadne uważa się korzystać z narzędzi do oceny depresji, które mają naukowo udokumentowaną skuteczność i nie są uciążliwe dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanych przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

Indywidualne spotkania terapeutyczne

Wśród uczestników przeprowadzone mają być również indywidualne spotkania terapeutyczne realizowane przez psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty. Zaplanowano udział pacjentów w 4 spotkaniach, trwających minimum 45 minut. Tematyka ma być dostosowana do potrzeb danego pacjenta. W projekcie wskazano, że wykorzystane będą terapie stosujące metody oparte na dowodach naukowych, zależne od indywidualnych potrzeb pacjenta oraz nurtu psychologicznego, w którym pracuje dany terapeuta lub ośrodek (w projekcie programie rekomenduje się podejście poznawczo-behawioralne, uzasadniając, że posiada najwięcej udokumentowanych dowodów skuteczności klinicznej).

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, dotyczącymi postępowania w powszechnych zaburzeniach psychicznych, odnosząc się do łagodnych i umiarkowanych zaburzeń, w przypadku depresji, NICE 2011 wskazuje głównie na terapię poznawczo-behawioralną. Z kolei w uogólnionych zaburzeniach lękowych, zaleca się w głównej mierze metody oparte na biblioterapii (stosowanie materiałów czytelnicych jako pomocy terapeutycznej z asystą lekarza lub bez). W PTSD wskazuje się natomiast na terapię poznawczo-behawioralną ukierunkowaną na traumę oraz terapię odwróżliwiania za pomocą ruchu gałek ocznych. Na ww. wytyczne powołano się także w treści projektu.

Należy również zaznaczyć, że w odnalezionych rekomendacjach dotyczących osób ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi (depresja, PTSD), szczególny nacisk kładzie się na interwencje psychologiczne (NICE 2018, JCPMF 2016, NICE 2009).

Indywidualne konsultacje specjalistyczne

Uczestnicy będą mieli również możliwość wyboru konsultacji specjalistycznych, w których wezmą udział. W ramach programu dla każdego pacjenta dostępne będą 3 konsultacje realizowane przez psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty z zastosowaniem metod psychoterapeutycznych.

Trening redukcji stresu

W projekcie przewidziano trening redukcji stresu. Zajęcia przeprowadzane mają być przez psychologa, psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, w ramach 3 spotkań (trwających minimum 1,5 h), w maksymalnie 12-osobowych grupach. Celem treningu ma być zwiększenie kompetencji uczestników w zakresie umiejętności relaksacji psychofizycznej.

Warsztaty terapeutyczne

Zaplanowano także warsztaty terapeutyczne, w tym warsztaty psychodramy oraz radzenia sobie z emocjami. Każdy z ww. warsztatów przeprowadzony ma zostać wśród uczestników jednokrotnie w formie minimum 135-minutowego spotkania, w maksymalnie 12-osobowych grupach. W odniesieniu do warsztatów z zakresu psychodramy wskazano, że realizowane będą przez psychologa „posiadającego kwalifikacje w zakresie psychodramy” i mają mieć na celu przepracowanie uczuć i doświadczeń pacjentów poprzez wykorzystanie elementów dramy i teatru. Z kolei warsztaty radzenia sobie z emocjami przeprowadzone zostaną przez psychologa, psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty (nie wskazano szczegółowych wymagań), a ich celem będzie przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy nt. wpływu emocji na funkcjonowanie poznawcze, relacje społeczne i samopoczucie fizyczne oraz nt. praktycznych umiejętności zarządzania własnymi emocjami.

Należy zaznaczyć, że leczenie poprzez sztukę wskazuje się w rekomendacjach, jako jeden z elementów kompleksowej rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, które ma na celu umożliwienie komunikacji, ekspresji i zrozumienia osób chorych (JCPMF 2016).

Warsztaty asertywności

Warsztaty asertywności, podobnie jak warsztaty terapeutyczne, przeprowadzane mają być przez psychologa, psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, w formie 135-minutowego spotkania, w maksymalnie 12-osobowych grupach. Celem warsztatów ma być przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy nt. asertywności oraz praktycznej umiejętności zastosowania asertywnej komunikacji oraz asertywnych zachowań w życiu codziennym.

Działania edukacyjne

W programie zaplanowano przeprowadzenie jednego spotkania edukacyjnego z psychologiem, psychoterapeutą lub osobą w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty (135 minut w maksymalnie 30-osobowych grupach). Tematyka spotkania zostanie szczegółowo zaplanowana przez realizującego je psychologa, natomiast powinna obejmować co najmniej następujące treści: radzenie sobie ze stresem oraz związek stylu życia, w tym m.in. aktywności fizycznej, diety, snu i wypoczynku, ze zdrowiem psychicznym. Zaznaczono również, że zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych, co jest działaniem zasadnym.

Druga konsultacja psychologiczna

Zgodnie z treścią projektu, po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji, zaplanowano przeprowadzenie kontrolnej wizyty psychologicznej obejmującej ponowne przeprowadzenie wywiadu psychologicznego oraz oceny funkcjonowania psychologicznego

(na podstawie Inwentarza Depresji Becka). Dwukrotne wykonanie ww. działań w populacji poddawanej rehabilitacji (przed i po realizacji programu) ma pozwolić na oszacowanie wpływu przeprowadzonych interwencji na stan zdrowia uczestników. Ponadto, w przypadku, gdy pacjent pozostaje w kontakcie z terapeutą, zaplanowano wydanie na piśmie informacji o funkcjonowaniu psychicznym pacjenta z zaleceniem przekazania go terapii.

Kontrolna konsultacja psychiatryczna

Podobnie jak w przypadku drugiej konsultacji psychologicznej, po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji, przeprowadzona ma zostać kontrolna konsultacja z lekarzem psychiatrą. Wskazuje, że konsultacja obejmować będzie przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego, przekazanie ankiety satysfakcji pacjenta, uzupełnienie karty oceny skuteczności programu, wydanie zaleceń lekarskich na piśmie, a także wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia wraz z zaleceniem przekazania ich do lekarza POZ i/lub lekarza psychiatry.

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).

Podsumowując, interwencje zaplanowane w programie znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami 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 ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

W przypadku oceny zgłaszalności, analizie poddana zostanie „liczba osób uczestniczących w badaniach lekarskich i psychologicznych kwalifikujących do programu”, „liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczba osób uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych” oraz „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania”. Analizie zostanie poddana także m. in. „liczba osób, które zgłosiły się do programu” oraz „liczba osób, którym udzielono świadczeń podczas jego realizacji”. W projekcie zaznaczono także, że ocenie podlegać będzie „liczba osób, które podjęły próby samobójcze w trakcie i 3 miesiące po zakończeniu programu”. W punkcie dot. mierników efektywności, zaproponowano wskaźniki mające zastosowanie w procesie monitorowania, tj. „liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w programie (240 os.)” oraz „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie (co najmniej 70% uczestników)”. W ramach monitorowania zgłaszalności do programu należy analizować co najmniej: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji.

Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana na podstawie analizy ankiet satysfakcji skierowanych do uczestników programu, co jest podejściem prawidłowym. Zaplanowano również analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu oraz identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie. Ocena

efektywności programu będzie dokonywana na podstawie analizy: „odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla personelu medycznego”, „odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „odsetka osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami”, „odsetka osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami”, „odsetka osób, które podjęły próby samobójcze”. Niemniej element projektu dotyczący mierników efektywności programu wymaga uzupełnienia zgodnie z uwagami w niniejszej opinii, co przekłada się na konieczność doprecyzowania zapisów programu odnoszących się do ewaluacji.

Warunki realizacji

Projekt zawiera skrótowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Koszt całkowity programu oszacowano na 2 897 840 zł. Koszty jednostkowe świadczeń zaplanowanych w ramach programu: koszt jednodniowego szkolenia dla kadry medycznej – 400 zł/os; kompleksowa rehabilitacja uczestników – 1 559 zł/os. Odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji.

Program ma zostać sfinansowany ze środków Woj. Wielkopolskiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego, a także pogorszenie funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji. Badania epidemiologiczne pokazują, że 25-33% osób w populacji boryka się w danym roku z występującym zaburzeniem psychicznym. Około 10-20% wszystkich przypadków może zostać ocenionych jako przejawiające ciężkie zaburzenia - zazwyczaj są to osoby, u których współwystępują różne zaburzenia psychiczne, a ich przebieg ma charakter przewlekły. Zaburzenia nastroju, w tym głównie depresja, dotyczą ok. 10% populacji.

Alternatywnie świadczenia

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

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych rekomendacji klinicznych

W brytyjskich rekomendacjach Joint Commissioning Panel for Mental Health dot. 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 2011, ostatnia aktualizacja w 2014 r.).

W zaburzeniach psychicznych o łagodnym i umiarkowanym przebiegu zaleca się m.in.:

- w depresji podprogowej: biblioterapię indywidualną opartą na metodach terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), skomputeryzowana CBT, zorganizowane, grupowe programy aktywności fizycznej,
- w uogólnionych zaburzeniach lękowych, które nie uległy poprawie po zakończeniu psychoedukacji: indywidualna biblioterapia wspomagana przez specjalistę lub z minimalnym udziałem specjalisty, grupy psychoedukacyjne,
- 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 znaczną 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 2009, 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 2018).

Podsumowanie przeprowadzonej analizy skuteczności klinicznej

Przegląd systematyczny Crowther 2001 dotyczył rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych z powodu zaburzeń psychicznych. Został przeprowadzony, aby ocenić skutki różnych form rehabilitacji zawodowej: szkolenia zawodowe, zatrudnienie wspomagane, porównać je ze sobą oraz ze standardowymi formami terapii (w szpitalu lub w społeczności). Zauważono, że zatrudnienie wspomagane było skuteczniejsze od wstępnego kształcenia zawodowego - po 18 miesiącach 34% osób korzystających z zatrudnienia wspomagane, miało pracę, w porównaniu z 12% osób korzystających ze wstępnego kształcenia zawodowego (RR=0,76, 95% CI, NNT 4,5). Osoby z grupy zatrudnienia wspomagane zarabiały więcej i pracowały więcej godzin w ciągu miesiąca. Zgodnie z wnioskami autorów przeglądu zatrudnienie wspomagane jest bardziej skuteczne w uzyskaniu konkurencyjnej pracy niż wstępne kształcenie zawodowe.

Przegląd systematyczny Heffernan 2011 miał na celu zbadanie dowodów skuteczności stosowania modelu IPS (z ang. individual placement and support) Wielkiej Brytanii. Przeprowadzono systematyczny przegląd badań przeprowadzonych głównie w Wielkiej Brytanii. Według autorów przeglądu istnieją dowody na to, że interwencje wysokiej zgodności z IPS zwiększają odsetek pacjentów uczestniczących w szkoleniach i ich zatrudnienie (obserwacja 6-18 miesięcy). Autorzy przeglądu wskazują, że 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 został przeprowadzony w celu zbadania możliwości i przeszkód, których doświadczają pracownicy z typowymi zaburzeniami psychicznymi w czasie powrotu do pracy. Wyniki metaanalizy wykazały, 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. Według autorów przeglądu potrzebna jest zmiana we wprowadzaniu interwencji w kierunku większej koordynacji.

Zgodnie z wynikami przeglądu systematycznego Kelly 2011 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. Według autorów przeglądu 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. Według autorów przeglądu wyniki wskazują, że umieszczenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w placówkach opieki

psychiatrycznej poprawia utrzymanie zdrowia, koordynację opieki i zadowolenie z niepsychiatrycznych usług opieki.

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 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.60.2021 „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi” realizowany przez: Województwo Wielkopolskie, Warszawa, sierpień 2021; Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 121/2021 z dnia 24 sierpnia 2021 roku o projekcie programu „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi” (woj. wielkopolskie).