



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 57/2023 z dnia 9 października 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych
i nastroju mieszkańców województwa podlaskiego
w wieku 18-64 lat”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Założenia przedstawionego projektu programu polityki zdrowotnej wskazują, że może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych oraz wpisuje się w założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Oceniany dokument zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia gwarantowane, więc należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielają u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W celu uniknięcia ww. ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ww. ryzyko powinny być należycie opisane.

Podkreślenia wymaga, że w ramach programu powinny być realizowane interwencje, które mają udowodnioną skuteczność i bezpieczeństwo lub stanowią aktualną praktykę lekarską. Zalecane jest przedstawienie dowodów naukowych i/lub rekomendacji, wytycznych, opinii ekspertów, wskazujących na zasadność prowadzenia danych działań w określonej populacji. Tymczasem w projekcie znajdują się działania które nie wypełniają powyższego warunku jak np. kulinoterapia. W związku z powyższym niezbędne jest przeanalizowanie zapisów dokumentu pod kątem zasadności stosowania planowanych terapii, wprowadzenie niezbędnych korekt polegających na uwzględnieniu wyłącznie technologii o potwierdzonej efektywności klinicznej.

Opiniowany dokument zawiera także uchybienia, które rzutują na jego jakość, więc ich skorygowanie jest niezbędne, aby program został pozytywnie oceniony i aby można było zrealizować go z zachowaniem wysokiej jakości. W szczególności należy uwzględnić uwagi dotyczące celów, mierników efektywności oraz uwagi dotyczące budżetu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu zdrowia psychicznego, skierowany do mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat, który ma być realizowany w latach 2023-2026 (30 miesięcy ogółem) z możliwością kontynuacji w latach następnych. Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 2 000 000 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 2022 r., poz. 2561 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

W opiniowanym dokumencie przedstawiono charakterystykę oraz kryteria rozpoznania zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych. Odniesiono się do kwestii objawów, czynników ryzyka oraz metod leczenia. Należy zauważyć, że projekt jest zbieżny z celem Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2025: „promocja zdrowia psychicznego”, a także odnosi się do projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.

Projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

W projekcie przedstawiono światowe, krajowe oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. Przytoczono m.in. dane pochodzące z raportu NIZP-PZH, z których wynika, że w 2022 r. liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej wynosiła 1680 tys. osób. Odniesiono się także do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, wskazując, że w 2021 r. w województwie podlaskim łączna liczba pacjentów w opiece psychiatrycznej wyniosła 53,13 tys., a najczęściej rozpoznawane były zaburzenia lękowe i nastroju.

Warto dodać, że w MPZ w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa podlaskiego wskazano m.in. na „*utworzenie ośrodków psychiatrycznej opieki pozaszpitalnej (zespołów leczenia środowiskowego i oddziałów dziennych) w powiatach, w których istnieje na nie zapotrzebowanie*”, „*zmianę struktury porad udzielanych w poradniach, tj. zwiększenie udziału psychoterapii indywidualnej w stosunku do liczby porad lekarskich*”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „*zapewnienie mieszkańcom województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat (0,04% populacji w wieku 18-64 lata) dostępu do interwencji z zakresu profilaktyki pierwotnej oraz profilaktyki drugorzędowej ukierunkowanej na zmniejszenie częstości występowania zaburzeń lękowych i nastroju*”. 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 potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny sformułowano niepoprawnie ponieważ nie odnosi się do efektu zdrowotnego, a do zapewnienia dostępności do interwencji. Mając powyższe na uwadze zaleca się ponowne przeanalizowanie danych i korektę celu głównego w taki sposób, aby np.: odnosił się do „*zmniejszenie o ...% liczby zachorowań na zaburzenia lękowe i nastroju*”. Należy przy tym pamiętać aby w projekcie podać także uzasadnienie dla przyjętej wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano cele szczegółowe:

- (1) „*podniesienie poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej w zakresie pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi u co najmniej 80% osób, które wezmą udział w interwencji nr 2.*”;
- (2) „*podniesienie kwalifikacji zawodowych poprzez ukończenie szkolenia umożliwiającego prowadzenie treningu umiejętności DBT przez co najmniej 90% osób, które wezmą udział w interwencji nr 3.*”;

- (3) „uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% osób, które wezmą udział w interwencji nr 4 w zakresie nabycia konkretnych umiejętności poprawiających jakość życia/pozwalających na lepsze radzenie sobie z kryzysowymi sytuacjami”.

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. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości. Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że w analizowanym dokumencie cele wymagają doszczegółowienia. W celu nr 1 i 3 nie określono poziomu zdawalności testu, a więc nie jest jasne, jaki jego wynik będzie uznawany za istotną poprawę poziomu wiedzy uczestnika programu. Prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 95% poprawnych odpowiedzi w pre-teście). Prawidłowe byłoby także zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. wzrost o 30% w post-teście w porównaniu z pre-testem). W przypadku celu nr 2 należy doprecyzować co oznacza „podniesienie kwalifikacji zawodowych”.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek osób, które ukończą udział w poszczególnych interwencjach zaplanowanych w ramach programu”;
- (2) „odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test”;
- (3) „odsetek osób, które otrzymały zaświadczenie o ukończeniu szkolenia, względem wszystkich osób, które rozpoczęły szkolenie”;
- (4) „odsetek osób, które otrzymały zaświadczenie o zaliczeniu wszystkich elementów składających się na interwencję nr 4, względem wszystkich osób, które zakwalifikowane zostały do interwencji nr 4”.

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. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Wskaźniki nr 2 (odnosi się do celu nr 1) zapisano prawidłowo natomiast pozostałe nr 1, 3 i 4 nie spełnią funkcji miernika ale mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania programu. W związku z tym niezbędne jest przygotowanie mierników dla pozostałych celów programu.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności programu wymaga korekty.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat, która na podstawie danych GUS w 2021 r. wynosiła 744 353 osób. W dokumencie zaznaczono, iż z uwagi na wielkość zaplanowanego budżetu możliwe będzie objęcie działaniami programu 315 osób. Z treści ocenianego dokumentu wynika, że w programie wezmą udział trzy grupy uczestników w zakresie: szkoleń dot. zaburzeń psychicznych - pracownicy socjalni, asystenci rodziny, kuratorzy sądowi zawodowi i społeczni, terapeuci środowiskowi i zajęciowi, przedstawiciele organizacji pozarządowych (ok. 150 osób); szkoleń z prowadzenia terapii poznawczo-behawioralnej - psychologowie, psychoterapeuci, lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii, terapeuci środowiskowi i zajęciowi, pracownicy socjalni (ok. 15 osób), a psychoedukacji - osoby, u których stwierdzono występowanie zaburzeń nastroju i/lub zaburzeń lękowych (ok. 150 osób).

W dokumencie określono kryteria włączenia i wyłączenia do programu w zależności od etapu realizowanej interwencji, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Interwencja

W programie planowane jest przeprowadzenie szkoleń specjalistycznych m.in. dla pracowników socjalnych, asystentów rodziny, a także szkoleń dla specjalistów zdrowia psychicznego oraz psychoedukacji (konsultacji psychiatrycznych, grupowego treningu umiejętności w terapii poznawczo-behawioralnej, spotkań z psychologiem oraz warsztatów terapii zajęciowej).

Szkolenie „Praca z osobą z zaburzeniami psychicznymi”

Celem szkolenia jest podniesienie wiedzy na temat funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zwiększenia komfortu pracy z tą grupą pacjentów. Szkolenie składające się z 2 części teoretycznej (prowadzonej przez lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy w jednostce ochrony zdrowia) i praktycznej (prowadzonej przez osoby świadczące usługi na rzecz pacjentów z zaburzeniami psychicznymi) realizowane będzie w trybie dwudniowym, obejmując łącznie co najmniej 12 godzin edukacyjnych (teoria (6h) -2 grupy po 75 osób; praktyka (6h) - grupy 25 osób). W części teoretycznej zostanie omówiona m.in.: etiologia, rozpowszechnienie, objawy kliniczne, przebieg, leczenie natomiast w części praktycznej m.in.: trudne sytuacje w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, interwencja w sytuacjach nagłych i zagrożonych samobójstwem. W ramach przeprowadzonej oceny efektywności szkoleń realizator opracuje zestaw pytań weryfikujących wiedzę uczestników przed i po szkoleniu oraz przeprowadzi anonimową ankietę ewaluacyjną dotyczącą organizacji szkolenia i przekazywanych treści.

Szkolenie „Jak prowadzić trening DBT”

Celem szkolenia jest zapoznanie uczestników z podstawami i założeniami terapii dialektyczno-behawioralnej, struktury treningu i podstawowych umiejętności DBT i przygotowanie do własnych treningów umiejętności DBT. Szkolenie składające się z 2 części wprowadzenie do terapii i prowadzenia treningu umiejętności terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT; 60 godzin dydaktycznych; 6 dni szkoleniowych) prowadzone będzie przez certyfikowanych psychoterapeutów poznawczo-behawioralni, terapeutów DBT po całościowym szkoleniu DBT comprehensive.

Psychoedukacja

Dla każdego uczestnika założono harmonogram działań: pierwsza konsultacja psychiatryczna, grupowy trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT), spotkania z psychologiem, druga konsultacja psychiatryczna, warsztaty terapii zajęciowej.

Pierwsza konsultacja psychiatryczna będzie obejmowała: badanie podmiotowe oraz przedmiotowe. Zapisy wymagają uzupełnienia o wskazanie przykładowych narzędzi pomiarowych, które zostaną zastosowane w diagnostyce zaburzeń depresyjnych i lękowych.

Grupowy trening umiejętności w DBT podzielono na 4 moduły: I „Uważność” (celem jest nabycie umiejętności zauważania i obserwowania swoich emocji); II „Skuteczność interpersonalna” (celem jest konfrontacja jednostki z przekonaniami o własnej osobie, które mogą utrudniać codzienne życie wśród innych ludzi); III „Umiejętność regulowania emocji” (cel to nauka regulowania emocji, nazywania emocji, działania pod wpływem emocji) oraz IV „Przetrawianie kryzysu / akceptacja rzeczywistości” (cel to m.in.: nauka umiejętności przetrwania sytuacji kryzysowej). Każdy moduł będzie realizowany przez 8 tygodni (8 spotkań ogółem, 1 raz w tygodniu, czas trwania spotkania to 2h). Czas trwania treningu ogółem to 32 tygodnie, w sumie 64 h treningowe.

Spotkania z psychologiem (3 spotkania) których celem jest udzielenie wsparcia osobom, które zostaną zakwalifikowane do kolejnej interwencji tj. drugiej konsultacji psychiatrycznej.

Druga konsultacja psychiatryczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, będąca wizytą na której pacjent otrzymuje wytyczne dotyczące dalszego postępowania zdrowotnego, tj. możliwości leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych.

Warsztaty terapii zajęciowej (comiesięczne spotkania) ich celem jest integracja osób zakwalifikowanych do ww. interwencji (drugiej konsultacji psychiatrycznej) z bliskimi. W ramach warsztatów planuje się wyjścia integracyjne, różne metody terapeutyczne w tym arteterapie, muzykoterapie, kulinoterapie i inne. W tym miejscu zaleca się modyfikację programu w taki sposób aby dobierane metody terapeutyczne i proponowane warsztaty charakteryzowały się udowodnioną skutecznością kliniczną (nie odnaleziono dowodów naukowych m.in.: w zakresie kulinoterapii).

Przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

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.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona w formie miesięcznych raportów, przy wykorzystaniu wskaźników, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie analizy ankiet satysfakcji skierowanych do uczestników programu, jednak nie załączono wzoru takiej ankiety co wymaga uzupełnienia.

Podkreślono, że ewaluacja będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, co zostało zaznaczone w projekcie programu. Niemniej należy podkreślić, że w punkcie dot. mierników efektywności przedstawiono tylko jeden prawidłowo sformułowany wskaźnik, w związku z tym kompleksowa ocena efektywności podejmowanych działań może okazać się utrudniona.

Warunki realizacji

Dokument zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Odniesiono się do warunków realizacji w zakresie personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy.

Akcja informacyjna prowadzona będzie w lokalnych mediach tj. TV, radio, informacje o projekcie zostaną opublikowane na stronach internetowych realizatora oraz na portalu informacyjnym Samorządu Województwa Podlaskiego, a także na portalach społecznościowych. Podkreślono także, że działania informacyjne skierowane będą do podmiotów, których pracownicy mają styczność z osobami z zaburzeniami psychicznymi, w tym depresyjnymi oraz lękowymi tj. ośrodków pomocy społecznej, sądów, poradni zdrowia psychicznego, szpitali psychiatrycznych, podmiotów działających w sferze pożytku publicznego i wolontariatu.

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W projekcie programu w kosztach jednostkowych nie wskazano kosztów udzielanych konsultacji: psychiatrycznych oraz psychologicznych, co wymaga uzupełnienia. Całkowity koszt realizacji oszacowano na 2 000 000 zł (2023 r. – 200 000 zł, 2024 r. – 800 000 zł, 2025 r. – 800 000 zł, 2026 – 200 000 zł).

Program będzie finansowany z budżetu Województwa Podlaskiego, lub z innych alternatywnych dostępnych źródeł finansowych, które nie zostały wskazane w dokumencie co także wymaga uzupełnienia.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Depresja jest zaburzeniem nastroju, które powoduje uporczywe uczucie smutku i utraty zainteresowania (Chand 2023).

W celu rozpoznania epizodu depresyjnego należy stwierdzić co najmniej pięć objawów opisanych w Kryteriach Diagnostycznych DSM-5 (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), które występują przez co najmniej 2-tygodnie i powodują zmianę w stosunku do dotychczasowego poziomu funkcjonowania. Do podstawowych objawów należą: obniżony nastrój, utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności.

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wartość wskaźnika YLD dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. wynosiła blisko 5 mln (wartość bezwzględna), z czego za 1/8 odpowiadały zaburzenia psychiczne, wśród których największy wpływ miały zaburzenia depresyjne i zaburzenia lękowe.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach: stacjonarnych (psychiatrycznych, leczenia uzależnień, w izbie przyjęć), dziennych (psychiatrycznych, leczenia uzależnień) oraz ambulatoryjnych (psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego), leczenia uzależnień).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- W przypadku rehabilitacji osób zaburzeniami psychicznymi, zaleca się, przy udziale multidyscyplinarnego zespołu specjalistów wdrażanie skoordynowanych działań z zakresu stacjonarnej opieki psychiatrycznej oraz działań w płaszczyźnie społecznej (JCPMF 2016);
- W rehabilitacji psychiatrycznej zaleca się m.in.:
 - 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);
- 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 zespole stresu pourazowego (PTSD): skierowanie na CBT zorientowaną na traumę, lub terapię odwrażliwiania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR) (NICE 2011).
- W najczęstszych zaburzeniach psychicznych (depresja, uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół lęku napadowego, PTSD oraz fobie społeczne) na poziomie lokalnym, ścieżki postępowania powinny:
 - 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).
- U 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)
- Osoby 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 2009, ostatnia aktualizacja w 2018 r.).
- CBT jest jedną z możliwych z najskuteczniejszych opcji terapeutycznych zaburzeń depresyjnych spośród dostępnych (USPSTF 2023, NICE 2022, CCSMH 2021, RANZCP 2021, APA 2019, IPI 2018),
- W przypadku depresji o większym natężeniu (ang. more severe depression) rekomendowane jest m.in. połączenie indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) i leków antydepresyjnych (NICE 2022);
- W populacji osób starszych zaleca się wprowadzenie interwencji ukierunkowanych na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej (CCSMH 2021, NICE 2022), gdyż aktywność fizyczna w formie ćwiczeń jest ważną nefarmakologiczną metodą poprawy nastroju w tej grupie pacjentów. Klinicyści powinni kierować się własną oceną przy zalecaniu rodzaju ćwiczeń i czasu ich trwania, biorąc pod uwagę choroby współistniejące, fizyczne możliwości i poziom motywacji danego pacjenta (CCSMH, 2021),
- Zaleca się włączenie działań edukacyjnych do postępowania związanego z rozpoznaniem i leczeniem depresji u osób starszych (RANZCP 2021, CCSMH 2021).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

- Przegląd systematyczny *Crowther 2001* dotyczący rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych z powodu zaburzeń psychicznych, przeprowadzono w celu oceny różnych form rehabilitacji zawodowej (szkolenia zawodowe, zatrudnienie wspomagane) które porównywano ze sobą oraz ze standardowymi formami terapii (w szpitalu lub w społeczności). Wyniki wskazują,

że zatrudnienie wspomagane było znacznie skuteczniejsze od wstępnego kształcenia zawodowego (w okresie obserwacji 18 miesięcy pracę miało 34% osób korzystających z zatrudnienia wspomaganego vs 12% osób korzystających ze wstępnego kształcenia zawodowego (RR=0,76, [95% CI (0,64-0,89)], NNT 4.5 [95% CI (4,48-4,63)]). Zdaniem autorów zatrudnienie wspomagane jest bardziej skuteczne niż szkolenie przedzawodowe, ponieważ pomaga osobom ciężko chorym psychicznie w uzyskaniu zatrudnienia.

- Przegląd systematyczny Heffernan 2011 miał na celu zbadanie skuteczności stosowania modelu IPS (z ang. individual placement and support) w Wielkiej Brytanii. Istnieją dowody na to, że interwencje wysokiej zgodności z IPS (z ang. individual placement and support) zwiększają odsetek pacjentów uczestniczących w szkoleniach i ich zatrudnienie (obserwacja 6-18 miesięcy).
- Przegląd systematyczny Cerimele 2010 ma na celu ocenę wyników integracji usług medycznych podstawowej opieki zdrowotnej z opieką psychiatryczną. Wyniki wskazują, że umieszczenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w placówkach opieki psychiatrycznej poprawia utrzymanie zdrowia, koordynację opieki i satysfakcję z niepsychiatrycznej opieki medycznej.

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

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.57.2023 „Program polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat” realizowany przez: Województwo Podlaskie; data ukończenia: wrzesień 2023 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 164/2023 z dnia 2 października 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat”