Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 68/2023 z dnia 31 października 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, w tym depresją na lata 2024-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, w tym depresją na lata 2024-2027” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Oceniany program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego w perspektywie ochrony zdrowia oraz w perspektywie socjoekonomicznej obszaru chorób psychicznych. Przedstawione w projekcie dane potwierdzają zwiększającą się z roku na roku liczbę chorych i, w związku z tym rosnących, wydatków na leczenie tych chorób oraz ich następstw. Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Interwencje określono zgodnie z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu pozytywnej opinii.

Projekt programu zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane. Ponadto projekt programu jest spójny merytorycznie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030. Dlatego należy mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W celu uniknięcia ww. ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ww. ryzyko powinny być opisane w projekcie.

Projekt został przygotowany w sposób uporządkowany, a jego poszczególne etapy zostały prawidłowo opisane. Ponadto w celu podniesienia jakości realizowanego programu należy uwzględnić uwagi wskazane w dalszej części opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zdrowia psychicznego. Całkowity koszt programu oszacowano na 9 768 616 zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2024-2027. Program ma być współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.

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. 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

<u>Znaczenie problemu zdrowotnego</u>

Oceniany projekt odnosi się do złożonego problemu zdrowotnego, jakim są zaburzenia psychiczne. W projekcie programu szczegółowo przedstawiono charakterystykę oraz kryteria ICD-10 dotyczące

rozpoznań zaburzeń nastroju i zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną. Odniesiono się do kwestii objawów oraz metod leczenia.

Projekt programu zawiera również opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej, ogólnopolskiej i regionalnej.

Zgodnie z danymi Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, w Polsce w roku 2020 z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień), w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej leczono ponad 1,4 mln. osób. Zgodnie z najnowszymi danymi dostępnymi dla województwa śląskiego, w roku 2021 w związku z zaburzeniami psychicznymi, bez uwzględnienia uzależnień, leczono w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej 183 758 osób, w tym 67 440 mężczyzn (36,7%) oraz 116 318 kobiet (63,3%). Najbardziej rozpowszechnionymi zaburzeniami psychicznymi są zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48; 39% ogółu) oraz zaburzenia nastroju (F30-F39; 22,5% ogółu). Powołując się na dane GUS wskazano, że wskaźnik samobójstw na 10 tys. ludności osiągnął w roku 2021 w województwie śląskim wartość zbliżoną do obserwowanej dla Polski – odpowiednio 1,0/10 tys. mieszkańców oraz 1,2/10 tys..

Według Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026, w roku 2019 ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ze świadczeń Centrum Zdrowia Psychicznego korzystało łącznie 1,51 mln osób powyżej 18 r.ż., w tym 32,7% (492,6 tys.) pacjentów od 60. roku życia oraz 56,8% (854,7 tys.) kobiet (w grupie wiekowej od 60. roku życia udział kobiet był większy i wynosił 65,1%). W województwie śląskim obserwowany jest niedobór kadry medycznej. W poradniach z zakresu zdrowia psychicznego - na ponad 500 tys. porad udzielonych przez lekarzy, liczba lekarzy udzielających świadczeń wynosiła 501 osób, w tym 484 psychiatrów.

<u>Cele i efekty programu</u>

Głównym celem programu jest *„uzyskanie poprawy sprawności psychicznej i społecznej, pozwalającej na możliwość podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia po zakończeniu działań rehabilitacyjnych, u co najmniej 1 040 uczestników z populacji docelowej kobiet i mężczyzn, dotkniętych problemem chorób i zaburzeń psychicznych, w tym depresji, w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo wymagających rehabilitacji medycznej w celu powrotu na rynek pracy bądź utrzymania zatrudnienia, w latach 2024-2027”.*

Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Cel główny jest możliwy do realizacji przy pomocy zaplanowanych w programie działań. Należy zaznaczyć, że ocena poprawy sprawności psychicznej i społecznej powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań. W ocenianym projekcie PPZ wskazano, że poprawa sprawności psychicznej i społecznej mierzona będzie dwukrotnie (na pierwszej i na drugiej konsultacji psychologicznej) przy pomocy kwestionariusza WHOQOL-100, co jest działaniem zasadnym.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

1) *„uzyskanie poprawy funkcjonowania w obszarze zdrowia psychicznego u co najmniej 20% uczestników programu”,*
2) *„uzyskanie poprawy funkcjonowania w obszarze czynności życia codziennego u co najmniej 20% uczestników programu”,*
3) *„uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej zaburzeń i chorób psychicznych oraz zachowań zdrowotnych u co najmniej 60% uczestników programu”.*

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.

Cele szczegółowe sformułowano prawidłowo. Cele nr 1 i 2 wydają się możliwe do zrealizowania ze względu na zaplanowane w projekcie działania kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej. Poprawa sprawności w obszarze zdrowia psychicznego i czynności życia codziennego mierzona będzie przy pomocy kwestionariusza WHOQOL-100 dwukrotnie, na pierwszej konsultacji psychologicznej oraz drugiej po 2 miesiącach od ukończenia programu. Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu. Wzrost wiedzy jest możliwy w związku z działaniami edukacyjnymi a pomiar tego wzrostu umożliwiają zaplanowane pre- i post-testy. Do projektu nie załączono wzoru testów, więc ich weryfikacja nie była możliwa.

Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Oszacowano poziom zdawalności testu wskazując na odsetek post-testów z min. 80% poprawnych odpowiedzi względem wszystkich wypełnionych pre-testów, co jest działaniem prawidłowym

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

1) *„liczba osób, które po zakończeniu działań rehabilitacyjnych uzyskały maksymalną możliwą sprawność psychiczną i społeczną, pozwalającą na możliwość podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia",*
2) *„odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze zdrowia psychicznego, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami",*
3) *„odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami",*
4) *„odsetek uczestników programu, u których w post-teście po działaniach edukacyjnych odnotowano wysoki poziom wiedzy".*

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, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego. Miernik nr 2 odnosi się do celu szczegółowego nr 1. Miernik nr 3 odnosi się do celu szczegółowego nr 2. Miernik nr 4 odnosi się do celu szczegółowego nr 3.

Zaproponowany dodatkowo miernik efektywności, wskazywany jako wymagany przez EFS, zgodny z dokumentem „Lista Wskaźników Kluczowych EFS+" tj. *„liczba osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia (wskaźnik produktu - PLDCO08*)", nie spełnia funkcji miernika efektywności, może natomiast zostać wykorzystany podczas monitorowania.

Dodatkowy miernik nr 2, tj. *„liczba osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (wskaźnik rezultatu bezpośredniego – PLDCR03*)" odnosi się pośrednio do celu głównego.

Reasumując, cel główny i cele szczegółowe zostały prawidłowo sformułowane a mierniki odnoszą się do poszczególnych celów programu.

<u>Populacja docelowa</u>

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy województwa śląskiego w wieku powyżej 18 r. ż. aktywni zawodowo, wymagający rehabilitacji medycznej w celu powrotu na rynek pracy bądź utrzymania zatrudnienia, z problemem najbardziej rozpowszechnionych chorób i zaburzeń psychicznych.

Liczebność populacji dla poszczególnych interwencji oszacowano, w podziale na lata realizacji programu, tj.: konsultacja psychiatryczna i pierwsza konsultacja psychologiczna (2024/2027 r. – 572 os.; 2025/2026 r. – 858 os.), indywidualny plan rehabilitacji (2024/2027 r. – 520 os.; 2025/2026 r. – 780 os.); działania edukacyjne (2024/2027 r. – 26 spotkań; 2025/2026 r. – 39 spotkań); druga konsultacja psychologiczna (2024/2027 r. – 520 os.; 2025/2026 r. – 780 os.). Ponadto liczba osób, dla których zaplanowano konsultację psychiatryczną i pierwszą konsultację psychologiczną została oszacowana z uwzględnieniem założenia 10% więcej w relacji do liczby osób rehabilitowanych.

Kryteria włączenia do programu obejmują: wiek 18-64 lat dla mężczyzn, 18-59 lat dla kobiet, pozostawanie osobą aktywną zawodowo (pracującą lub zarejestrowaną jako osoba bezrobotna); zamieszkiwanie na terenie województwa śląskiego; rozpoznanie w wywiadzie: zaburzenia nerwicowego, związanego ze stresem i pod postacią somatyczną lub zaburzenia nastroju [afektywnego] (wg ICD-10: F30-F39, F40-F48), korzystanie w ciągu 24 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w sektorze publicznym (finansowanie NFZ) lub prywatnym w związku z ww. rozpoznaniami (m.in. poradnia zdrowia psychicznego, poradnia psychologiczna, centrum zdrowia psychicznego) – weryfikacja na podstawie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji medycznej; wskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, stan zdrowia umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Kryteria wyłączenia to: przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym (np. ciężka depresja, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe); korzystanie w ciągu 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu ze świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej finansowanych ze środków publicznych (przez Urząd Marszałkowski, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON) z powodu ww. jednostek chorobowych (mechanizm zapobiegający podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika programu, obejmującego kod jednostki chorobowej wg ICD-10, w związku z którą zgłasza się on do programu).

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu, program obejmuje: kampanię informacyjną; kompleksową rehabilitację uczestników, w tym.: konsultację psychiatryczną, dwie konsultacje psychologiczne, indywidualny plan rehabilitacji (indywidualne spotkania terapeutyczne, konsultacje specjalistyczne, trening redukcji stresu, warsztaty terapeutyczne), działania edukacyjne.

Konsultacja psychiatryczna

Konsultacja obejmie działania takie jak: badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe; analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania: zaburzenia nastroju [afektywne] lub zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (wg ICD-10: F30- F39, F40-F48); stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie (m.in. ciężka depresja, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe); wydanie zaleceń dalszego postępowania poza programem dla pacjentów niezakwalifikowanych do programu; stwierdzenie spełniania wszystkich kryteriów kwalifikacji do programu; uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w programie; a także wypełnienie karty uczestnika programu.

Pierwsza konsultacja psychologiczna

Konsultacja obejmie następujące działania: wywiad psychologiczny (w tym dotyczący sprawności psychicznej i społecznej, pozwalającej na możliwość podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia); zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta; stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie; stwierdzenie spełniania wszystkich kryteriów kwalifikacji do programu, dokonanie oceny funkcjonowania w obszarze zdrowia psychicznego oraz poziomu niezależności (na podstawie pytań z domeny psychologicznej oraz domeny niezależności kwestionariusza WHOQOL-100) wraz z odnotowaniem wyników; zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacji, w tym wybór rodzaju indywidualnych konsultacji specjalistycznych oraz warsztatów;

wypełnienie karty uczestnika programu. Do projektu programu załączono wzór kwestionariusza WHOQOL-100,który nie budzi zastrzeżeń.

Liczba osób, u których zostaną wykonane konsultacje kwalifikujące do programu: psychiatryczna i psychologiczna, może być zwiększona o 10%, w relacji do liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów. Obie kwalifikacje można uznać za komplementarne, zapewniające całościowe spojrzenie na funkcjonowanie w obszarze zdrowia psychicznego kandydata do udziału w programie.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

Indywidualny plan rehabilitacyjny zostanie dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia pacjenta oraz zakresu potrzebnej pomocy psychologicznej, a także będzie uwzględniał kryterium kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji. Indywidualny plan rehabilitacyjny będzie obejmował następujące działania: indywidualne spotkania terapeutyczne, konsultacje specjalistyczne, trening redukcji stresu oraz warsztaty terapeutyczne.

Indywidualne spotkania terapeutyczne

Zaplanowano 8 spotkań indywidualnych i dopuszcza się możliwość, aby maksymalnie 50% spotkań, na wyraźną prośbę pacjenta, realizowanych było online. Spotkania będą dostosowane tematycznie do potrzeb konkretnego pacjenta, oraz będą przebiegać z wykorzystaniem terapii stosujących metody oparte na dowodach naukowych, zależnych od indywidualnych potrzeb pacjenta oraz nurtu psychologicznego, w którym pracuje dany terapeuta lub ośrodek. Rekomenduje się podejście poznawczo-behawioralne, jako posiadające najwięcej udokumentowanych dowodów skuteczności klinicznej.

Indywidualne konsultacje specjalistyczne

Obejmujące dwie konsultacje do wyboru, w tym obligatoryjnie jedną z doradcą zawodowym. Celem konsultacji z doradcą zawodowym jest udzielenie profesjonalnego wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej (w przypadku osób bezrobotnych – poinformowanie o możliwości uzyskania wsparcia w projektach z zakresu aktywizacji zawodowej realizowanych w ramach programu). Inne możliwe do wyboru konsultacje to konsultacje z psychologiem albo psychoterapeutą z zastosowaniem metod psychoterapeutycznych.

Trening redukcji stresu

Trening redukcji stresu będzie oparty na metodach uznanych naukowo, realizowany przez psychologa. Trening będzie obejmował 8 spotkań grupowych i ma na celu zwiększenie kompetencji uczestników w zakresie umiejętności relaksacji psychofizycznej.

Warsztaty terapeutyczne

Każdy warsztat obejmował będzie 1 spotkanie trwające min. 3 godziny edukacyjne tj. 135 min. Zaplanowano 4 warsztaty do wyboru:

- warsztat asertywności – realizowany przez psychologa, mający na celu przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy na temat asertywności oraz praktycznej umiejętności zastosowania asertywnej komunikacji oraz asertywnych zachowań w życiu codziennym;
- warsztat radzenia sobie z emocjami – realizowany przez psychologa, mający na celu przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy na temat wpływu emocji na funkcjonowanie poznawcze, relacje społeczne i samopoczucie fizyczne oraz praktycznej umiejętności zarządzania własnymi emocjami;
- warsztat umiejętności komunikacyjnych – realizowany przez psychologa lub terapeutę warsztat umiejętności społecznych, mający na celu przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy na temat umiejętności komunikacyjnych oraz praktycznej umiejętności ich zastosowania;

- warsztat medytacyjny – realizowany przez instruktora jogi lub medytacji, mający na celu przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy i umiejętności z zakresu technik medytacji, będącej skuteczną techniką relaksacyjną, która może pomóc w zmniejszeniu poziomu stresu i niepokoju,
- warsztat zdrowego stylu życia – realizowany przez dietetyka i/lub trenera personalnego, mający na celu wykształcenie prawidłowej postawy względem aktywności fizycznej i sposobu żywienia wśród uczestników programu;
- warsztat arteterapii – realizowany przez terapeutę zajęciowego lub arteterapeutę posiadającego dyplom ukończenia szkoły arteterapii, mający na celu przekazanie uczestnikom wiedzy i umiejętności z zakresu wykorzystania różnych form ekspresji artystycznej jako technik radzenia sobie ze stresem i emocjami;
- warsztat psychodramy – realizowany przez psychologa lub psychoterapeutę posiadającego kwalifikacje w zakresie psychodramy (dyplom ukończenia kursu psychodramy), mający na celu przepracowywanie uczuć oraz doświadczeń pacjentów poprzez wykorzystanie elementów dramy i teatru.

Działania edukacyjne

Są zaplanowane obligatoryjnie dla każdego z uczestników i obejmą jedno spotkanie realizowane przez psychologa lub psychoterapeutę, trwające 135 minut. Działania edukacyjne będą realizowane z poprzez wykład oraz dyskusję, a obejmować będą 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.

W treści projektu wskazano na przeprowadzenie badania poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Do projektu programu nie załączono przykładowego testu wiedzy, nie jest więc możliwa jego weryfikacja.

Programy edukacyjne promujące zdrowie psychiczne oraz nakierowane na tematykę depresji są zalecane przez towarzystwa naukowe (NICE 2019, AAP 2018, EPA 2012). Rekomendacje NICE 2019 wskazują, że przekazywana wiedza powinna być dostosowana do wieku odbiorcy i powinna przedstawiać etiologię, przebieg oraz zasady leczenia depresji, włączając w to informację dotyczącą skutków ubocznych stosowania leków.

Druga konsultacja psychologiczna

Będzie realizowana przez psychologa po 62 dniach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji. Będzie obejmować następujące działania: wywiad psychologiczny (w tym dotyczący sprawności psychicznej i społecznej, pozwalającej na możliwość podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia); dokonanie oceny funkcjonowania w obszarze zdrowia psychicznego oraz poziomu niezależności (na podstawie pytań z domeny psychologicznej oraz domeny niezależności kwestionariusza WHOQOL-100) wraz z odnotowaniem wyników, ewentualne wydanie na piśmie informacji o funkcjonowaniu w obszarze zdrowia psychicznego pacjenta z zaleceniem przekazania go terapeucie, jeśli pacjent pozostaje w kontakcie z terapeutą; wydanie zaleceń dot. dalszego postępowania w jednostce chorobowej (poza programem); wydanie opinii dotyczącej uzyskania maksymalnej możliwej sprawności psychicznej i społecznej, pozwalającej na możliwość podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia po zakończeniu działań rehabilitacyjnych; przekazanie pacjentowi ankiety satysfakcji z udziału w programie; wypełnienie karty uczestnika programu.

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 czytelniczych jako pomocy terapeutycznej z asystą lekarza lub bez). W PTSD wskazuje się natomiast na terapię poznawczo-behawioralną ukierunkowaną na traumę oraz terapię odwrażliwiania za pomocą ruchu gałek ocznych. Na ww. wytyczne powołano się także w treści projektu.

W rekomendacjach dotyczących osób ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi (depresja, PTSD), szczególny nacisk kładzie się na interwencje psychologiczne (NICE 2018, JCPMF 2016, NICE 2009), co również zostało podkreślone w treści projektu.

Reasumując, działania zaplanowane w ramach programu są zgodne z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że 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 natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie, realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności będzie prowadzona corocznie oraz po zakończeniu programu na podstawie: „liczby osób uczestniczących w pierwszej konsultacji psychologicznej kwalifikującej do programu", „liczby osób uczestniczących w konsultacji psychiatrycznej kwalifikującej do programu", „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej", „liczby osób, które ukończyły zaplanowane działania rehabilitacyjne", „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania".

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 udzielanych w programie obejmuje przeprowadzenie ankiety satysfakcji, analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu oraz identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu. Do projektu załączono wzór ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ewaluacja programu będzie przeprowadzona na podstawie: *„liczby osób, które po zakończeniu działań rehabilitacyjnych uzyskały maksymalną możliwą sprawność psychiczną i społeczną, pozwalającą na możliwość podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia po zakończeniu działań rehabilitacyjnych", „odsetka osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze zdrowia psychicznego, 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 uczestników programu, u których w post-teście po działaniach edukacyjnych odnotowano wysoki poziom wiedzy", „liczby osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia", „liczby osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie*". Wskaźnik „liczb*a osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia*" nie spełnia funkcji miernika efektywności, może natomiast zostać wykorzystany podczas monitorowania.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono opis etapów i działań podejmowanych w programie. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie. Po ukończeniu pełnego cyklu programu pacjent otrzymuje wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego; zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych; zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu. W przypadku nieukończenia pełnego cyklu programu pacjent zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie (brak uzyskania pełnej efektywności działań rehabilitacyjnych w zakresie poprawy stanu zdrowia i jakości życia), zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej we współpracy z placówkami POZ oraz podmiotami udzielającymi świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (głównie poradnie zdrowia psychicznego, poradnie leczenia nerwic, placówki lecznictwa stacjonarnego), innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Realizator będzie zobowiązany przeprowadzić spotkania organizacyjne, skierowane do zatrudnianego personelu medycznego, który będzie miał kontakt z uczestnikami.

Całkowity budżet programu oszacowano na 9 768 616 zł. W projekcie programu przedstawiono koszty jednostkowe.

Program będzie finansowany z budżetu Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, z Budżetu Państwa oraz środków własnych województwa. W razie braku możliwości finansowania programu ze środków unijnych, program finansowany będzie ze środków publicznych (środki własne województwa, środki NFZ).

Należy zaznaczyć, że na podstawie art. 48d ust. 1 Ustawy o świadczeniach Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej w kwocie nieprzekraczającej 40% kosztów działań realizowanych w programie.

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.

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 obejmują świadczenia psychiatryczne dla dorosłych. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.

W Polsce prowadzony jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) w latach 2023-2030. Wśród jego celów głównych wymienić należy:

- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb;

- prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;
- monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie rekomendacji/wytycznych klinicznych

- W brytyjskich rekomendacjach *Joint Commissioning Panel for Mental Health* w zakresie rehabilitacji osób zaburzeniami psychicznymi, zwrócono uwagę na konieczność wdrażania skoordynowanych działań w perspektywie opieki zdrowotnej (stacjonarna opieka psychiatryczna) oraz działań w perspektywie 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 interwencji w obszarze rehabilitacji psychiatrycznej w szczególności 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;
  - 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, aktualizacja 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), 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 odwrażliwiania 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:
  - być dostosowane do potrzeb pacjentów, ich rodzin i opiekunów,
  - być wykonalne i zrozumiałe dla pacjentów, ich rodzin, opiekunów i lekarzy,

  - 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 osoby z depresją 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.).
- 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)

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. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.66.2023 „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, w tym depresją na lata 2024-2027" realizowany przez: Województwo Śląskie; data ukończenia: październik 2023 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny", luty 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 177/2023 z dnia 30 października 2023 roku o projekcie programu „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, w tym depresją na lata 2024-2027" realizowany przez województwo śląskie.