

Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 9/2010 z dnia [REDACTED].

o projekcie programu zdrowotnego „Opieka terapeutyczna kierowana do osób uzależnionych od alkoholu, szkodliwie używających alkoholu i innych środków psychoaktywnych, osób uzależnionych krzyżowo, osób współuzależnionych, dorosłych dzieci alkoholików, osób doświadczających i stosujących przemoc oraz pacjentów z alkoholowym zespołem abstynenckim”, realizowanym przez [REDACTED].

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej nr 9/2010 z dnia [REDACTED]. przedstawiam opinię dotyczącą projektu programu zdrowotnego „Opieka terapeutyczna kierowana do osób uzależnionych od alkoholu, szkodliwie używających alkoholu i innych środków psychoaktywnych, osób uzależnionych krzyżowo, osób współuzależnionych, dorosłych dzieci alkoholików, osób doświadczających i stosujących przemoc oraz pacjentów z alkoholowym zespołem abstynenckim”, realizowanym przez [REDACTED].

Prezes za wskazaniem Rady stwierdza, że projekt programu zdrowotnego „Opieka terapeutyczna kierowana do osób uzależnionych od alkoholu, szkodliwie używających alkoholu i innych środków psychoaktywnych, osób uzależnionych krzyżowo, osób współuzależnionych, dorosłych dzieci alkoholików, osób doświadczających i stosujących przemoc oraz pacjentów z alkoholowym zespołem abstynenckim”, dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jednakże nie jest możliwe wydanie pozytywnej opinii o tym projekcie, ponieważ:

- program jest ogólnikowy, zbyt szeroki i nie odnosi się do ściśle sprecyzowanego problemu zdrowotnego;
- w programie nie przedstawiono żadnych danych epidemiologicznych dotyczących sytuacji w [REDACTED];
- na podstawie analizy projektu nie jest możliwe ustalenie jakichkolwiek kryteriów oceny skuteczności jego realizacji (brak metody naboru pacjentów, grupy docelowej, oczekiwanych efektów zdrowotnych, brak metod monitorowania itd.);
- nie przedstawiono, jakie działania programu pokrywają się z wykazem świadczeń gwarantowanych finansowanych w ramach NFZ, a jakie nie;
- nie określono zasad finansowania projektu.

U osób uzależnionych dochodzi do zaburzeń życia emocjonalnego, degradacji więzi społecznych, zahamowania rozwoju potencjału osobistego oraz negatywnych zmian w obrazie samego siebie. Zaburzenia więzi społecznych i funkcjonowania dotyczą również partnerów, rodziców i rodzin osób uzależnionych, problem społeczny obejmuje więc znacznie liczniejszą grupę niż sami uzależnieni.

Skutkami alkoholizmu są zarówno przewlekłe cierpienie i obniżenie jakości życia chorych oraz ich rodzin, jak i kłopoty z samodzielną egzystencją w sensie niemożności uzyskania trwałego zatrudnienia i solidnych podstaw egzystencji.

Postęp uzależnienia pociąga za sobą rozpad mechanizmów radzenia sobie z problemami wewnętrznymi i zewnętrznymi, podczas gdy liczba tych problemów systematycznie rośnie. W tej sytuacji potrzeba uzupełniającej opieki terapeutycznej, nakierowanej na rozwijanie konkretnych, niezbędnych w trzeźwym życiu umiejętności, jest wysoce uzasadniona.

Program dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego – uzależnień – wpisuje się więc w priorytet zdrowotny „ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu i używaniem substancji psychoaktywnych”. Jednak zarówno problem zdrowotny, jak i potencjalnych odbiorców przedstawiono tak szeroko, że nie sposób ustalić jednoznacznie wskazań oraz grupy docelowej programu. Należy więc stwierdzić, że w programie nie określono konkretnego, wybranego problemu zdrowotnego, możliwego do oszacowania.

W programie nie przedstawiono również danych epidemiologicznych w sposób pozwalający oszacować wielkość populacji, do której skierowany jest program.

Na podstawie projektu programu nie można stwierdzić, jakie są przewidywane działania oraz w jaki sposób będą one oferowane odbiorcom. Wymienione działania pokrywają się z wykazem świadczeń gwarantowanych finansowanych w ramach NFZ. Oprócz ogólnikowych stwierdzeń, że planowane w programie działania stanowią uzupełnienie i rozszerzenie świadczeń gwarantowanych, nie podano informacji, jakie są warunki kwalifikacji chorych do programu ani na czym konkretnie miałyby to uzupełnienie polegać.

Wobec braku dokładnego określenia planowanych działań, nie sposób ocenić czy program zawiera działania o udowodnionej skuteczności. W opisie problemu autorzy projektu powołali się na wyniki badania APETA. Z dostępnego opisu badania wynika, że było to badanie obserwacyjne dotyczące dużej grupy, ok. 25 tys. mężczyzn i kobiet polskich, szukających pomocy lekarskiej z powodu uzależnienia. Nie było ono jednak zaplanowane jako badanie z grupą kontrolną, w którym wykonano analizy statystyczne w podgrupach post factum (np. porównanie osób biorących i niebiorących udziału w spotkaniach grup AA, w zajęciach psychoedukacyjnych, w terapii grupowej oraz w terapii indywidualnej). Chcąc ocenić skuteczność działań programu, niezbędne jest ustalenie określonej grupy docelowej, konkretnego rodzaju działań i wyznaczonych oczekiwanych efektów.

Z uwagi na niesprecyzowanie problemu zdrowotnego i interwencji w programie, nie było możliwe przeprowadzenie wyszukiwań dowodów naukowych.

Z powodu niemożności ustalenia określonej grupy docelowej, konkretnego rodzaju działań i wyznaczonych oczekiwanych efektów programu, nie da się stwierdzić czy stanowi on optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów.

Z powodów jak wyżej oraz wobec bardzo szerokiego określenia celów programu, nie jest możliwe dobranie wiarygodnych wskaźników oceny jego efektywności.

W projekcie nie podano wysokości środków przeznaczonych na działania programu zdrowotnego.

Autorzy przewidzieli monitorowanie i ewaluację programu za pomocą następujących wskaźników: własna okresowa ocena, ocena pracy zespołu, ocena pacjentów i ich rodzin, scenariusze osób wyleczonych (studium przypadku), superwizja zespołu realizatorów – co dotyczy nadzoru merytorycznego nad działaniami programu; ocena placówek i osób współpracujących – dotycząca jakości pracy wykonawców; ewaluacja wewnętrzna; analiza danych statystycznych – co mogłoby dostarczyć danych na temat wskaźników efektywności działań pod warunkiem właściwego zaplanowania, jakie dane i jak będą zbierane, czego w projekcie zabrakło.

W projekcie zaznaczono, że „ze względu na specyfikę pacjenta, realizacja programu powinna trwać do 12 miesięcy”. Nie jest jasne czy chodzi tu o czas trwania programu, czy czas objęcia nim poszczególnych chorych, nie podano bowiem zasad kwalifikacji chorych do programu (jeśli program jest przewidziany na 1 rok, aby spełnić powyższy wymóg, wszyscy chorzy powinni być do niego włączani wyłącznie w pierwszym miesiącu). Należy zaznaczyć, że w Rozporządzeniu MZ z 30.08.09 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, nie zawarto ograniczeń na czas stosowania określonych tam świadczeń gwarantowanych, a jedynie stwierdzenie, że „są [one] udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej”. Jedyne ograniczenie dotyczy turnusów rehabilitacyjnych, na które chory może być kierowany nie częściej niż raz na 12 miesięcy.

Na terapię podstawową (finansowaną ze środków NFZ) zgłasza się coraz większa liczba młodych ludzi, często dotkniętych uzależnieniem krzyżowym. Oferta dalszej terapii finansowanej przez NFZ, adresowanej do tych osób jest stanowczo niewystarczająca. Leczenie ich powinno być długotrwałe i złożone, z akcentem na naukę prawidłowego funkcjonowania w relacjach społecznych, na rozwój osobistych predyspozycji i kształtowanie dojrzałych mechanizmów i strategii funkcjonowania. Tacy pacjenci stanowić będą grupę otaczaną szczególną uwagą w ramach programu.

Wg opinii dr n. med. [REDAKTOWANE], program opiera się na ogólnikowych stwierdzeniach, nie zawiera ważnych informacji dotyczących profesjonalnego przeszkolenia świadczeniodawców, liczby porad i interwencji, rozgraniczenia między procedurami finansowanymi i niefinansowanymi przez NFZ, jak również niedostateczny jest opis monitoringu i ewaluacji.