



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 202 z dnia 24 września 2012 r.**  
**o projekcie programu zdrowotnego „Powiatowy Program Ochrony**  
**Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015” powiatu Bielsko-Biała**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Powiatowy program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2011-2015” realizowanego przez powiat Bielsko-Biała.

**Uzasadnienie**

W ocenie Agencji, Program nie zawiera przewidywanego budżetu. Opis projektu zawiera jedynie informacje o spodziewanych źródłach finansowania z Unii Europejskiej, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Brakuje w nim również odniesienia się do oczekiwanych efektów, informacji o trybie zapraszania o udział w programie i o kosztach jednostkowych. Sugeruje się także uzupełnienie programu o kampanię informacyjną.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego powiatu bielskiego w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Celem Powiatowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Powiatu Bielskiego jest zapobieganie zagrożeniom życia psychicznego i doskonalenie funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej działającej na rzecz społeczności powiatu bielskiego.

Główną ideą programu powiatu bielskiego było zinventaryzowanie bazy działań, programów oraz przygotowanie priorytetów i sposobów realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Autorzy projektu podkreślają, że opracowany program ma w swoich założeniach, na poziomie powiatu, zintegrować działania sektorów: ochrony zdrowia, pomocy społecznej, pomocy psychologiczno-pedagogicznej, kryzysowej, zatrudnienia i oświaty, na rzecz poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców powiatu.

Przyczyną podjęcia działań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego jest wzrost zaburzeń psychicznych na przestrzeni ostatnich lat. Programem mają zostać objęci wszyscy mieszkańcy powiatu bielskiego ze szczególnym uwzględnieniem grup wyodrębnionych w poszczególnych celach oraz zadaniach szczegółowych programu: leczenia w centrum zdrowia psychicznego, pacjenci poradni zdrowia psychicznego, psychologicznych, psychologiczno-pedagogicznej, uczniowie i kadra pedagogiczna szkół, rodziny, w których występuje przemoc, środowiska, które korzystają z pomocy bytowej, mieszkaniowej itp., zespoły samopomocy środowiskowej, klienci urzędów pracy, pracodawcy promujący zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi i inni.

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez autorów projektu (dane te pokrywają się z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), stan na 31.12.2010 r.), powiat bielski zamieszkuje



ponad 156 tys. osób (według danych GUS 156 563 osób). Program ma być/jest realizowany w latach 2011-2015.

### **Problem zdrowotny**

Programy z zakresu ochrony zdrowia psychicznego należą do grupy programów, w których z uwagi na odniesienie do wielu problemów z zakresu szeroko pojętego zdrowia psychicznego, trudno jest zdefiniować jeden, konkretny problem zdrowotny. Unia Europejska (UE) wskazuje na depresje i samobójstwa jako najistotniejsze i coraz powszechniejsze problemy zdrowotne występujące w ostatnich latach w państwach członkowskich UE.

### **Alternatywne świadczenia**

Brak jest świadczeń alternatywnych. Programy ochrony zdrowia psychicznego wchodzą w zakres Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015. Ich realizacja jest obligatoryjna. Przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowią, że ochronę tę zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. Wydane na podstawie powyższej ustawy rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, określiło strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie.

### **Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję**

#### Promocja/strategia ochrony zdrowia psychicznego

Według zaleceń Radboud University Nijmegen, każdy kraj powinien opracować i zrealizować wszechstronny plan działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, jako główny mechanizm promowania zdrowia psychicznego, redukcji kosztów zdrowotnych i ekonomicznych związanych z zaburzeniami psychicznymi oraz wzmacniania więzi społecznych. Należy zwrócić uwagę na dziesięć obszarów działania (wspieranie rodzicielstwa i pierwszych lat życia, promowanie zdrowia psychicznego w szkołach, promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy, wspieranie zdrowego psychicznie starzenia się, zajmowanie się grupami zagrożonymi zaburzeniami psychicznymi, zapobieganie depresji i samobójstwom, zapobieganie przemocy i szkodliwemu używaniu substancji psychoaktywnych, zaangażowanie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zmniejszenie upośledzenia społecznego i zapobieganie stygmatyzacji, nawiązanie współpracy z innymi sektorami) i pięć wspólnych zasad (pogłębianie wiedzy o zdrowiu psychicznym, wspieranie efektywnego wdrażania, rozwijanie kompetencji i szkolenie pracowników, włączanie do działania różnych podmiotów, ewaluacja wpływu polityki i programu).

Zielona Księga przyjęta przez Unię Europejską w 2005 r. proponuje ustanowienie wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego, która obejmowałaby : stworzenie ram dla wymiany i współpracy pomiędzy Państwami Członkowskimi, pomoc w zwiększeniu spójności działań w sektorach związanych z polityką zdrowotną i innymi politykami w Państwach Członkowskich oraz na poziomie Wspólnoty oraz umożliwienie szerszym kręgom zainteresowanych zaangażowania się w opracowywanie rozwiązań w na tej płaszczyźnie.

Dodatkowo w trakcie konferencji Unii Europejskiej w czerwcu 2008 r. - „Europejski Pakt na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego”, podkreślono, że do przezwyciężenia problemów zdrowia psychicznego w Krajach Członkowskich mogą przyczynić się dodatkowe działania i wspólne akcje na poziomie unijnym odnośnie ochrony zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego wśród ludności, wzmacnianie działań zapobiegawczych i samopomocy oraz pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom; tego typu akcje stanowią uzupełnienie działań podejmowanych przez Kraje Członkowskie w zakresie służby zdrowia i systemu opieki społecznej. Wezwano do podjęcia działań w pięciu priorytetowych obszarach tematycznych: I. Zapobieganie depresji i samobójstwom, II. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży uczącej się, III. Zdrowie psychiczne w miejscu pracy, IV. Zdrowie psychiczne osób starszych, V. Walka ze stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym.

#### Profilaktyka zaburzeń psychicznych

Zapobieganie poprzez wczesną interwencję jest najlepiej zbadaną formą prewencji zaburzeń psychicznych, w szczególności w odniesieniu do schizofrenii. W wielu badaniach wykazano wysoką skuteczność stosowania farmakoterapii w połączeniu z terapią poznawczo-behawioralną. Strategie, które uczą młodych ludzi radzenia sobie ze stresem i zapewniania sobie wsparcia społecznego, były skuteczne w zapobieganiu zaburzeniom nastroju i zaburzeniom lękowym. Nie odnaleziono wystarczających dowodów do wykazania, że pierwotna profilaktyka może opóźnić pojawienie się choroby psychicznej. Zalecane są badania dotyczące etiologii chorób psychicznych, w celu ułatwienia rozwoju dodatkowych podstawowych form zapobiegania zaburzeniom. Wysiłki te mogą przyczynić się do realokacji zasobów oraz wprowadzenia polityki publicznej, które ograniczyłyby negatywne skutki chorób psychicznych dla społeczeństwa.

Choroby psychiczne o wczesnym początku (w dzieciństwie) mogą trwać przez cały okres życia, stąd należy podkreślić znaczenie skutecznych programów profilaktycznych skierowanych do dzieci. Stwierdzono największą skuteczność działań zapobiegających zaburzeniom lękowym, zaburzeniom odżywiania, nadużywaniu substancji psychoaktywnych, destrukcyjnym zaburzeniom zachowania, samobójstwom. Nie wykazano skuteczności programów w zapobieganiu deficytom uwagi, zespołowi nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), ani wczesnym początkom schizofrenii. Autorzy wnioskuje, że interwencja prewencyjna może być skuteczna w przypadku niektórych zaburzeń. Szczególnie zasadne wydaje się promowanie prawidłowego rozwoju dzieci w środowiskach wysokiego ryzyka. Konieczne są dodatkowe badania w celu określenia roli i wiarygodności różnych strategii prewencyjnych.

Skuteczne strategie zapobiegania zaburzeniom psychicznym u osób starszych zidentyfikowano w badaniach dotyczących zaburzeń depresyjnych i samobójstw. Autorzy dochodzą do wniosku, że skuteczne strategie prewencyjne to: modyfikacja czynników ryzyka, zdrowy styl życia, który obejmuje zdrową dietę, ćwiczenia, socjalizację, edukację. Inżynieria genetyczna i terapie szczipionkowe mogą otwierać nowe możliwości dla profilaktyki wielu chorób psychicznych w najbliższej przyszłości.

#### Poprawa jakości opieki psychiatrycznej

Zalecenia w sprawie opieki psychiatrycznej są następujące: dostosowanie polityki i ustawodawstwa, zwiększenie zaangażowania kluczowych partnerów, ustalenie zasad finansowania opieki psychiatrycznej (z nastawieniem na maksymalizację efektywności usług oraz uwzględnianiem celów politycznych), określenie środków potrzebnych na realizację, promowanie interwencji opartych na dowodach, opracowanie norm jakości oraz procedur

akredytacyjnych. Poprawa jakości powinna doprowadzić do rutynowego zarządzania usługami i zapewnienia wyboru najskuteczniejszych możliwych interwencji.

#### Ośrodki pobytu dziennego

Przy braku jednoznacznych wyników nierandomizowanych badań porównawczych co do roli ośrodków dziennego pobytu, za najlepsze rozwiązanie uważa się pozostawienie możliwości wyboru (co do typu ośrodka) osobom z poważnymi chorobami psychicznymi i ich opiekunom. Wskazuje się na wyraźną potrzebę randomizacji prób do badania ośrodków pobytu dziennego w porównaniu z innymi formami opieki. Nie istnieją dobre dowody na temat skuteczności ośrodków pobytu dziennego w leczeniu poważnych zaburzeń psychicznych. Jeśli wybór pomiędzy obiektami jest możliwy, decyzja powinna się opierać na doświadczeniu osób sprawujących opiekę nad chorymi i dowodów zebranych na podstawie badań przeprowadzonych bez randomizacji.

#### Model zintegrowanej opieki psychiatrycznej

Wyniki pokazały, że zintegrowane modele opieki psychiatrycznej okazały się bardziej skuteczne (w porównaniu do innych modeli) i przynosiły dobre wyniki zdrowotne, zarówno psychiczne jak i fizyczne, w niektórych sytuacjach klinicznych poprawiły funkcjonowanie społeczne oraz samodzielność chorych. Inne korzyści, jakie według badań wiążą się z wprowadzeniem zintegrowanych modeli opieki psychiatrycznej to: 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 oparty na współpracy w opiece psychiatrycznej zmniejsza koszty obsługi pacjentów i zwiększa oszczędności, niemniej wyniki te nie są widoczne we wszystkich badanych grupach. Zyski wymagają zaangażowania osób dostarczających opieki, starannego zaprojektowania interwencji i ich konsekwentnego stosowania. Powinno się zadbać o ciągłość i kompleksowość usług. Nie zidentyfikowano jednego, uniwersalnego modelu opieki. Zintegrowana opieka psychiatryczna powinna być wdrażana po wykonaniu lokalnej próby, z uwzględnieniem charakterystyki konkretnej populacji.

Odnalezione dane pokazują, że umieszczenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w placówkach opieki psychiatrycznej poprawia m. in. utrzymanie zdrowia i koordynację opieki. Uważa się, że przyszłe badania powinny objąć również koszty szkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

#### Model długoterminowej opieki psychiatrycznej

Duży odsetek osób z problemami zdrowia psychicznego wymaga długoterminowej opieki w zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie opieki społecznej. Nie istnieją uzgodnione na międzynarodowym szczeblu standardy jakości opieki instytucjonalnej tym zakresie i nie ma wspólnej metody oceny standardów opieki w poszczególnych krajach.

Zidentyfikowano osiem aspektów opieki instytucjonalnej kluczowych dla wyleczenia pacjentów: warunki życia w ośrodku, powściągliwość personelu, zagwarantowanie pacjentowi możliwości odosobnienia, szkolenie personelu, wsparcie, relacja terapeutyczna, autonomia i zaangażowanie pacjentów, zarządzanie kliniczne. Dowody były najsilniejsze w przypadku leczenia schizofrenii (psychoedukacja rodziny, terapia poznawczo-behawioralna, rehabilitacja zawodowa). Instytucje powinny być oparte na współpracy, elastyczne. Istotne jest niskie zagęszczenie mieszkańców instytucji i zapewnienie im należytej prywatności. Dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii powinno się zaprogramować

interwencje takie jak: psychoedukacja rodziny, terapia poznawczo-behawioralna, rehabilitacja zawodowa. Powściągliwość personelu i odosobnienie pacjenta to elementy leczenia, których należy unikać dla zwiększenia efektów. Pracownicy powinni przejść odpowiednie szkolenia. Regularnie nadzorowany personel powinien wspierać pacjentów w podejmowaniu decyzji odnośnie terapii. Należy kontrolować somatyczny stan zdrowia pacjentów poprzez regularne badania przesiewowe. Powinny być ustalone jasne zasady zarządzania, które zapewnią przestrzeganie wytycznych opartych na dowodach.

ICM (ang. *Intensive Case Management*) – jeden z modeli długoterminowej opieki dla osób ciężko chorych psychicznie, którzy nie wymagają natychmiastowego przyjęcia na oddział. Jest to model skuteczny w łagodzeniu wielu objawów ciężkich zaburzeń psychicznych. W porównaniu do standardowej opieki pacjenci korzystający z ICM mieli krótszy okres hospitalizacji, większą poprawę w funkcjonowaniu społecznym. Efekt w zakresie poprawy stanu psychicznego i jakości życia nie został wykazany.

#### Rehabilitacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Wskaźnik bezrobocia wśród osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi jest wysoki, ale badania pokazują, że większość z nich chciałaby pracować. Stosuje się różne formy rehabilitacji zawodowej, aby pomóc im odnalezieniu pracy. Zauważono, że zatrudnienie wspomagane było znacznie skuteczniejsze od wstępnego kształcenia zawodowego. Klienci zatrudnienia wspomaganego zarabiali więcej i pracowali dłużej w ciągu miesiąca.

Istnieją metody rehabilitacji zawodowej osób z poważnymi chorobami psychicznymi, które zmniejszają negatywne skutki tego zjawiska. IPS (ang. *individual placement and support*) to model indywidualnego stażu i wsparcia, który wykazuje skuteczność w przywracaniu osób z problemami zdrowia psychicznego do konkurencyjnego zatrudnienia. Istnieją dowody na to, że interwencje wysokiej zgodności z IPS zwiększają odsetek pacjentów uczestniczących w szkoleniach i ich zatrudnienie (obserwacja 6-18 miesięcy). Potrzebne są dalsze badania w celu poprawy poziomu wiedzy naukowej w odniesieniu do IPS.

Wyniki metaanalizy wykazały, że pracownicy z typowymi zaburzeniami psychicznymi doświadczają wielu przeszkód podczas powrotu do pracy, związanych z: cechami ich osobowości, brakiem wsparcia społecznego, ograniczeniami systemów socjalnych i rehabilitacyjnych. Pracownikom trudno było zdecydować, kiedy byli gotowi do powrotu do pracy. Badania pokazały, że proces powrotu do aktywności zawodowej powinien być spójny i ciągły. Metaanaliza pokazała, że brak jest koordynacji między systemami społecznymi a rehabilitacyjnymi i konieczne są zmiany w tym zakresie. Dyskryminacja i stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi

Osoby chore psychicznie często są dyskryminowane w środowisku, w którym żyją. Istnieje potrzeba zmniejszenia stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi i zwiększenia świadomości odnośnie zdrowia psychicznego. Działania w kierunku zmniejszenia negatywnych postaw wobec osób chorych psychicznie mogą pomóc w zapobieganiu ich wykluczeniu społecznemu oraz ułatwić korzystanie z opieki w ochronie zdrowia psychicznego. Większość badań nie wskazywała na zmiany w zachowaniach wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Najbardziej skuteczną interwencją edukacyjną okazało się zainicjowanie bezpośredniego spotkania z osobą chorą. Kontakt wydaje się być kluczem do zmniejszenia stygmatyzacji. Skuteczność elementów edukacji opartych na filmach jest dyskusyjna. Pomimo wykazania pozytywnych efektów każdej interwencji, ich długofalowe skutki są nadal niejasne. Dalsze badania powinny obejmować pomiar rzeczywistej zmiany zachowania.

Badania wykazały następujące trendy pozytywne: w piśmiennictwie nasila się tendencja do ukazywania biologicznych modeli zaburzeń psychicznych, rośnie akceptacja profesjonalnej pomocy dla osób chorych psychicznie. Zmiany negatywne zostały wykazane w odniesieniu do postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat biologicznych korelatów chorób psychicznych nie prowadzi do zwiększenia akceptacji społecznej osób chorych.

#### Przemoc u osób z zaburzeniami psychicznymi

Szacuje się, że przemoc jest przyczyną zgonów 1,6 mln ludzi na świecie każdego roku. Problem rodzi poważne konsekwencje zarówno dla jednostki, jak i całego społeczeństwa. W celu rozwiązania tego problemu i zapobiegania przejawom przemocy opracowuje się interwencje farmakologiczne, psychospołeczne i organizacyjne. Efekty działań były pozytywne w przypadku interwencji psychologicznych i farmakologicznych. Prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnych efektów interwencji było większe w przypadku zastosowania interwencji u osób z zaburzeniami psychicznymi.

#### Wnioski z oceny programu zdrowotnego powiatu bielskiego

Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Działania określone w NPOZP należą do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin. Należą do nich przede wszystkim: promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym. Program odnosi się także o szczegółowych zadań i sposobu organizowania działalności z zakresu promocji zdrowia psychicznego określonego w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Zgodnie z tym rozporządzeniem, jednostki samorządu terytorialnego zobowiązane są do organizowania i prowadzenia działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

W projekcie programu nieprecyzyjnie zdefiniowany został problem zdrowotny. Program nakierowany jest przede wszystkim na zaburzenia psychiczne, bez wskazania, których konkretnie zaburzeń dotyczy. W projekcie programu przedstawiono szereg interwencji przyporządkowanych już konkretnym realizatorom, przy czym większość z nich wydaje się ogólnikowa i uniemożliwiająca ich ocenę zgodnie z przyjętą metodologią HTA.

Projekt programu nie przewiduje przeprowadzenia kampanii informacyjnej, co w ocenie Agencji nie gwarantuje pełnej i sprawnej jego organizacji z uwagi na trudności w dotarciu do społeczności powiatu z informacją o założeniach i możliwościach realizacji programu.

Nie przedstawiono budżetu programu, co stawia pod znakiem zapytania możliwość jego realizacji.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu nr AOTM-OT-441-180/2011, „Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015” realizowany przez: powiat Bielsko-Biała (ocena projektu programu), Warszawa, wrzesień 2012 i aneksu „Programy zdrowotne z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny (ocena projektów programów zdrowotnych), Aneks do raportów szczegółowych”, Warszawa, wrzesień 2012.