



## Opinia

### Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 241/2012z dnia 26 listopada 2012

#### **o projekcie programu miasta Tarnowskie Góry „Program zdrowotny dla osób z syndromem DDA - osób doświadczających w dorosłym życiu późnych skutków dorastania w rodzinie dysfunkcyjnej”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, wydaję negatywną opinię o programie miasta Tarnowskie Góry zatytułowanym „Program zdrowotny dla osób z syndromem DDA - osób doświadczających w dorosłym życiu późnych skutków dorastania w rodzinie dysfunkcyjnej”.

#### **Uzasadnienie**

Problem zdrowotny został opisany bardzo pobieżnie i skrótowo. W sposób bardzo ogólny opisano wnioskowane interwencje. Nie określono populacji kwalifikującej się do włączenia do programu. Nie określono żadnych mierników efektywności. Wnioskodawca nie określił powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych. Nie określono sposobu zakończenia udziału w programie i możliwości ich kontynuacji jeśli zaistnieje taka potrzeba.

#### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem niniejszej opinii jest projekt programu dotyczącego profilaktyki przeciwalkoholowej, mający na celu poprawienie jakości życia dla osób z syndromem DDA (dorosłe dzieci alkoholików). Realizacja programu polegać ma na: poradach diagnostycznych psychologicznych i psychiatrycznych, a także sesjach psychoterapii grupowej wglądowej (z elementami psychoedukacji), oraz sesjach psychoterapii indywidualnej.

Program adresowany jest do osób z syndromem DDA w bliżej nieokreślonej liczbie.

Roczny koszt realizacji programu to 35 000 zł.

#### **Problem zdrowotny**

Nadużywaniem i niezdrowym spożywaniem alkoholu określa się picie ponad 20 g dziennie alkoholu przez kobiety i ponad 40 g dziennie przez mężczyzn.

Ryzykowne spożywanie alkoholu - to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu) nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie ryzykowne w następujący sposób: picie ryzykowne to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20–40 g czystego alkoholu dziennie przez kobiety i 40–60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140-209 g, a w przypadku mężczyzn: 280–349 g.

Szkodliwe picie alkoholu - to wzorzec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne; ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje



uzależnienie od alkoholu. Aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu, opisany wzorzec picia powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie szkodliwe w następujący sposób: picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210 g lub więcej w tygodniu przez kobiety i 350 g i więcej w tygodniu przez mężczyzn. Jako picie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki, osoby starsze.

Uzależnienie jest zaburzeniem bio-psycho-społecznym. Przyczynia się do rozwoju szeregu poważnych chorób oraz powoduje dezorganizację życia społecznego osób uzależnionych i ich rodzin. Istnieje wysoka zależność między uzależnieniem od alkoholu a bezrobociem, niższym statusem socjoekonomicznym, niskim poziomem wykształcenia, wypadkami i przemocą interpersonalną. Ryzyko zgonu alkoholików oszacowane w badaniach Instytutu Psychiatrii i Neurologii jest 4,8 razy wyższe niż w populacji ogólnej.

Choroby występujące na tle nadużywania alkoholu to przede wszystkim nadciśnienie tętnicze, choroby wątroby (marskość, zapalenie, stłuszczenie), wybrane typy nowotworów, zaburzenia psychiczne, zwłaszcza o charakterze depresyjnym i lękowym. Nadużywanie alkoholu jest przyczyną uszkodzeń ciała i śmierci w wyniku wypadków komunikacyjnych, przemocy interpersonalnej, utonięć i samobójstw. Corocznie, z przyczyn pośrednio i bezpośrednio związanych z nadużywaniem alkoholu, umiera w Polsce kilkanaście tysięcy osób, z czego połowa przypada na zgony bezpośrednio spowodowane piciem alkoholu. WHO podaje, że ok. 10% pacjentów podstawowej i rodzinnej opieki zdrowotnej trafia do lekarza w związku z nadużywaniem alkoholu. Również w opiece specjalistycznej istotny statystycznie odsetek pacjentów korzysta ze świadczeń w związku z chorobami powstałymi na tle nadużywania alkoholu. W Polsce ok. 20% pacjentów ostrych dyżurów to osoby nadużywające alkoholu.

### **Alternatywne świadczenia**

Nie dotyczy

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

- **Wnioski z oceny problemu zdrowotnego**

Podsumowanie opinii eksperckich:

- Poważne skutki psychologiczne i społeczne problemów związanych z uzależnieniem uzasadniają prowadzenie działań psychoterapeutycznych wobec osób uzależnionych i ich rodzin. Problemy mają charakter głęboki i trwały, dlatego pogłębiona psychoterapia daje większe szanse na uporanie się tym problemem;
- Finansowanie przez samorządy terytorialne specjalistycznych programów kierowanych do osób z problemem alkoholowym (tzn. uzależnionych, współuzależnionych, rodzin, dorosłych dzieci alkoholików), znajduje głębokie uzasadnienie;
- Osoby uzależnione stwarzają ogromne problemy dla nich samych i ich rodzin. Opieką psychoterapeutyczną powinny być objęte zarówno osoby uzależnione, jak i ich rodziny (współmałżonkowie, dzieci). Są to osoby najczęściej nieradzące sobie, bierne wobec problemu. Potrzebują aktywnej pomocy w wychodzeniu z uzależnienia. Jednocześnie ich na ogół zła sytuacja materialna uniemożliwia korzystanie z płatnej

psychoterapii. Dlatego finansowanie jej i prowadzenie przez JST wydaje się szczególnie uzasadnione.

- Ze szczególną dbałością należy oceniać program pod względem merytorycznym, aby nie powielać bazowych ofert, które muszą być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- Należy wspierać placówki leczenia odwykowego (poprzez dofinansowywanie szkoleń, superwizji, konsultacji w realizowaniu wysokospecjalistycznych usług w zakresie psychoterapii uzależnień);
- Należy motywować terapeutów uzależnień do dokładnego i rzetelnego opisywania procedur, którymi chcą się posługiwać (łącznie z celami, wskaźnikami osiągnięcia celów, sposobami monitorowania postępów terapii);
- Należy zachęcać władze samorządowe do kupowania procedur od ich twórców, aby można je było legalnie używać.

Nadużywanie i niezdrowe spożywanie alkoholu jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań oddziału europejskiego WHO i Komisji Europejskiej. Interwencje skierowane na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych zostały przebadane w licznych badaniach oraz podsumowane w przeglądach systematycznych i przeglądach systematycznych przeglądów systematycznych. Na podstawie zebranych dowodów przedstawiono wytyczne i rekomendacje postępowania w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w Europie. Wytyczne te, jak również analiza efektywności i kosztowej efektywności interwencji podejmowanych w celu ograniczenia szkód wywołanych alkoholem, wskazują:

Jako interwencje o udowodnionej efektywności:

- podatki na alkohol;
- monopol państwowy na sprzedaż detaliczną alkoholu;
- ograniczenie gęstości sieci sprzedaży;
- ograniczenie dni i godzin sprzedaży;
- ustalenie minimalnego wieku nabywców;
- obniżenie progu dopuszczalnej zawartości alkoholu we krwi u kierowców;
- losowe sprawdzanie u kierowców zawartości alkoholu w wydychanym powietrzu;
- krótka interwencja terapeutyczna (*brief intervention*) dla osób z problemem alkoholowym (poinformowanie o zestawie skutecznych interwencji leczniczych).

Jako interwencje o prawdopodobnej efektywności:

- leczenie zaburzeń spożywania alkoholu (choroby alkoholowej);
- ustalenie minimalnej ceny w przeliczeniu na gram alkoholu;
- ograniczenie reklamy alkoholu;
- regulacje wymuszające ograniczenie sprzedaży osobom będącym pod wpływem alkoholu i młodzieży.

Jako interwencje, co do których istnieją dane o ograniczonej wiarygodności, świadczące o efektywności:

- odbieranie prawa jazdy kierowcom, co do których stwierdzono, że prowadzili pojazd pod wpływem alkoholu;
- instalowanie w drzwiach samochodów zamków reagujących na zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu;
- programy zapobiegające używaniu alkoholu w miejscu pracy;
- antyalkoholowe programy skierowane do ogółu obywateli.

Wytyczne te wskazują też działania, których brak efektywności został wykazany:

- programy edukacyjne i informacyjne prowadzone na terenie szkół.

Wytyczne których brak efektywności jest prawdopodobny:

- zapobieganie przywożeniu alkoholu z zagranicy poprzez obniżenie podatku na alkohol;
- szkolenia dla sprzedawców alkoholu;
- kampanie skierowane do kierowców;
- oznakowanie i ostrzeżenia na opakowaniach skierowane do kupujących alkohol;
- publiczne kampanie edukacyjne.

Działania, co do których istnieją dane o ograniczonej wiarygodności, świadczące o braku efektywności:

- kampanie finansowane przez producentów alkoholu.

Dla krajów takich jak Polska, największą kosztową efektywność wyznaczają: pojedyncza interwencja polegająca na zwiększeniu opodatkowania alkoholu o 50% oraz interwencje łączone – zwiększenie opodatkowania wraz z ograniczeniem dostępu, zwiększenie opodatkowania wraz z rosnącym opodatkowaniem napojów o większej zawartości alkoholu i ograniczeniem dostępu, połączenie trzech poprzednich z zakazem reklamy i zapewnieniem dostępu do krótkiej interwencji terapeutycznej. Powyższe wyniki, obrazujące średnie dla poszczególnych regionów Europy, mogą być nieco inne dla poszczególnych krajów. Co ważne, żadna z obecnie funkcjonujących interwencji łączonych, w żadnym z krajów europejskich, nie plasuje się na granicy maksymalnej efektywności kosztowej, co oznacza, że w każdym z krajów europejskich można poprawić skuteczność metod stosowanych w celu zwalczania problemów alkoholowych.

Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wdrażane przez polskie jednostki samorządowe opierają się na prawodawstwie nakładającym obowiązek prowadzenia takich działań przez województwa i gminy (ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, rozporządzenie MZ z 21.08.2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych). Działania samorządów w tej dziedzinie przewiduje też Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015.

Zgodnie z art. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są obowiązane do podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożycia. Działania te są prowadzone w postaci corocznie uchwalanego gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych. Środki na realizację tych zadań pochodzą z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu oraz z funduszy

Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (NPPiRPA), na który przeznaczają się corocznie z budżetu państwa środki w wysokości 1% podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych.

Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych szczegółowo formułuje zadania samorządów wojewódzkich i gminnych w zakresie poszczególnych wskazanych przez ustawę o wychowaniu w trzeźwości priorytetów. Tak więc każdy gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zgodny z zapisami NPPiRPA jest uzasadniony i poprawny.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która odpowiedzialna jest m. in. za przygotowanie Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wydaje również Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. PARPA rekomenduje psychoterapię indywidualną oraz objęcie pomocą terapeutyczną całej rodziny, rekomendowane jest dofinansowanie pracy terapeutycznej z rodziną osoby uzależnionej. Ponieważ poziom finansowania świadczeń leczenia uzależnień przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zabezpiecza najczęściej realizację, tylko podstawowego programu psychoterapii uzależnienia lub tylko część świadczeń w ramach programu podstawowego. Rekomenduje się zakup pogłębionego programu psychoterapii uzależnienia lub elementów brakujących programu podstawowego lub pogłębionego, tak aby pacjenci otrzymali pełną, kompleksową, a nie tylko podstawową ofertę leczenia.

Z drugiej strony Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych są programami kompleksowymi, łączącymi działania zdrowotne, społeczne, prawne, organizacyjne i inne. Nie są to programy zdrowotne, o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji, które mogłyby być ocenione przy wykorzystaniu metodologii oceny technologii medycznych. Z tego powodu ich ocena zgodna z art. 31a ust. 1 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wykonana zgodnie z metodologią oceny technologii medycznych, byłaby niezwykle złożona i niewykonalna na potrzeby oceny poszczególnych samorządowych programów zdrowotnych.

- **Wnioski z oceny programu miasta Tarnowskie Góry**

Oceniany Program nie odnosi się do dobrze zdefiniowanego i określonego problemu zdrowotnego oraz ściśle określonej populacji, które mogłyby być ocenione przy wykorzystaniu metodologii oceny technologii medycznych

Program ma być realizowany w roku 2012.

Określono jeden, jak się wydaje główny cel: poprawienie jakości życia dla osób z DDA. Realizacja programu polegać ma na: poradach diagnostycznych psychologicznych i psychiatrycznych, a także sesjach psychoterapii grupowej wglądowej (z elementami psychoedukacji), oraz sesjach psychoterapii indywidualnej. Warto odnotować, że PARPA rekomenduje psychoterapię indywidualną oraz objęcie pomocą terapeutyczną całej rodziny, rekomendowane jest dofinansowanie pracy terapeutycznej z rodziną osoby uzależnionej. Wydaje się, że proponowane interwencje zgodne są z zaleceniami PARPA.

Ponieważ poziom finansowania świadczeń leczenia uzależnień przez NFZ zabezpiecza najczęściej realizację tylko podstawowego programu psychoterapii uzależnienia lub tylko część świadczeń w ramach programu podstawowego, rekomenduje się zakup pogłębionego programu psychoterapii uzależnienia lub elementów brakujących programu podstawowego

lub pogłębionego, tak aby pacjenci otrzymali pełną, kompleksową, a nie tylko podstawową ofertę leczenia.

Program nie zawiera opisanej epidemiologii, nie podano szacunkowej liczby uczestników, w sposób ogólnikowy określono cele programu, nie zaproponowano żadnych mierników efektywności – traktując ten punkt bardzo ogólnikowo. Wnioskodawca nie określił także sposobu powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych, a także sposobu zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli zaistnieją wskazania.

Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem stanowi cel operacyjny 2 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 zatem cele proponowany przez autorów wpisuje się w strategię Narodowego Programu Zdrowia.

Na podstawie przesłanego projektu nie jest możliwe spójne ustalenie celów, populacji docelowej, sposobu naboru pacjentów, oczekiwanych efektów programu, spójnego harmonogramu działań programu ani sposobu monitorowania zgodności jego efektów z założonymi celami.

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 „*Program zdrowotny dla osób z syndromem DDA - osób doświadczających w dorosłym życiu późnych skutków dorastania w rodzinie dysfunkcyjnej.*” nr: AOTM-OT-441-237/2011, Warszawa, listopad 2012 i aneksu: „*Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – wspólne podstawy oceny*”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, marzec 2012.