



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 180/2013 z dnia 8 lipca 2013 r.
o projekcie programu „Program profilaktyki ryzykownego
stanu psychicznego” Miasto Łódź

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Program profilaktyki ryzykownego stanu psychicznego” miasta Łódź.

Uzasadnienie

Oceniany projekt odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego, jego autorzy przedstawili plan i tematykę działań, wskazali realizatora programu, .

oszacowali planowane koszty całkowite realizacji programu – 138 000 zł oraz koszty jednostkowe.

Na etapie realizacyjnym programu, jego autorzy powinni podjąć próbę jego monitorowania oraz ewaluacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego miasta Łodzi z zakresu profilaktyki schizofrenii. Celem głównym programu ma być zapobieganie rozwojowi zaburzeń psychiatrycznych poprzez zwiększenie świadomości młodzieży na temat objawów prodromalnych choroby i ich rozpoznawania oraz kształtowanie umiejętności eliminowania czynników ryzyka, takich jak stres i używanie środków odurzających. Program jest adresowany do młodzieży pierwszych klas szkół średnich w wieku ok. 16 lat. Program obejmuje przeprowadzenie dwóch spotkań po około 90 minut w łódzkich szkołach. Zajęcia mają być prowadzone w grupach 25-30 osobowych. Autorzy zakładają również przeprowadzenie dwugodzinnego spotkania informacyjnego dla rodziców oraz nauczycieli. W ramach programu planuje się przeprowadzić psychoedukację młodzieży dotyczącą ryzykowanego stanu psychicznego, w szczególności jego objawów prodromalnych oraz czynników zwiększających ryzyko zachorowania oraz trening asertywności dotyczący asertywnego odmawiania w sytuacjach bycia nakłanianym do używania środków psychoaktywnych, których używanie jest jednym z głównych czynników ryzyka zachorowania na schizofrenię. Program ma być realizowany w latach 2012-2014. Planowany koszt realizacji programu oszacowano na 130 000 zł, koszty przeznaczone na opracowanie materiałów i przeprowadzenie zajęć z młodzieżą oraz przeprowadzenie spotkań informacyjnych dla rodziców i nauczycieli na 90 000 zł. Pozostałe koszty (48 000 zł) mają objąć: przygotowanie treści programu, przygotowanie treści spotkań informacyjnych i materiałów dla rodziców nauczycieli, trening edukatorów (pomoc w przygotowaniu prezentacji, przygotowaniu wypowiedzi i uczestnictwo w treningu prezentacji).



Problem zdrowotny

Schizofrenia to zaburzenie lub grupa zaburzeń psychicznych, których istotę stanowi dezintegracja osobowości, poprzez zakłócenie procesów decydujących o zachowaniu, sposobie myślenia, odczuwania, czy reakcji na otoczenie. Schizofrenia może wpływać na trudności z: rozróżnianiem świata urojeń od rzeczywistości, zachowaniem logicznego toku rozumowania oraz kontrolowania i panowania nad emocjami. Osoba ze schizofrenią doświadcza stanu, w którym jej myśli (procesy poznawcze), emocje i zachowanie są zaburzone w takim stopniu, że bardzo trudną lub nawet niemożliwą, staje się prawidłowa ocena rzeczywistości. Te procesy stanowią podłoże, na którym rozwijają się różnorodne objawy choroby. Zwykle należą do nich: omamy, urojenia, apatia, zubożenie emocjonalne, dziwaczne zachowanie, zaniedbanie wyglądu i wycofanie społeczne. Schizofrenia wpływa na większość obszarów funkcjonowania człowieka i ostatecznie prowadzi do powstania objawów, które są odbierane jako dziwaczne i przerażające zarówno przez pacjenta, jak i osoby w jego otoczeniu.

Alternatywne świadczenia

Brak.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Psychoedukacja może wpływać na zmniejszenie nawrotów, a także przestrzeganie zaleceń lekarskich (stosowanie leków), jak również skrócenie pobytu w szpitalu. Stosowanie psychoedukacji może mieć potencjalnie korzystny wpływ na efekty kliniczne, oraz ekonomiczne. Obiecująca metodą psychoedukacji mogą być technologie informacyjno-komunikacyjne.

Wczesna interwencja może mieć pozytywny wpływ na zmniejszenie odsetka chorych ponownie hospitalizowanych, rozpoznawanie objawów i symptomów, spadek częstotliwości nawrotu choroby i ogólne funkcjonowanie osób ze schizofrenią i afektywną chorobą dwubiegunową, jednak nie na czas do nawrotu choroby. Wczesna interwencja może być opłacalna ze względu na zmniejszenie hospitalizacji i odsetka nawrotów.

Ludzie z objawami prodromalnymi schizofrenii mogą odnieść korzyści z terapii kognitywnej i rodzinnej, jednak istniejące dowody dotyczące skuteczności CBT nie są jednoznaczne i większość publikacji wskazuje na potrzebę przeprowadzenia badań możliwie wysokiej jakości (z randomizacją).

Istnieją dowody na pewną skuteczność wczesnych specjalistycznych interwencji u osób z prodromalnymi objawami schizofrenii.

Istniejące dowody nie wskazują jednoznacznie na przyjęcie lub odrzucenie stosowania arteterapii (terapii sztuką, m. in. tańcem) w schizofrenii.

Dowody naukowe nie uzasadniają stosowania technik psychoterapii psychodynamicznej dla hospitalizowanych osób cierpiących na schizofrenię.

Terapia Morita pozostaje terapią eksperymentalną, jak dotąd nie udowodniono jej skuteczności u osób cierpiących na schizofrenię.

Regularne ćwiczenia fizyczne są korzystne i możliwe do zastosowania w populacji osób cierpiących na schizofrenię, poza tym mogą mieć korzystny wpływ na samopoczucie i ogólny stan zdrowia.

Brak jest wystarczających dowodów naukowych, aby wykazać i zidentyfikować różnice pomiędzy terapią podtrzymującą a standardową opieką. Istnieją wyniki badań gdzie wykazano pozytywny wpływ terapii kognitywnej i behawioralnej na liczbę hospitalizacji

i generalny stan psychiczny w stosunku do terapii podtrzymującej, jednak są to zbyt małe badania, aby można było z nich wyciągać kliniczne wnioski.

Odnaleziono dokumenty zawierające rekomendacje odnoszące się do stosowania interwencji psychologicznych i psychospołecznych wśród osób dorosłych ze schizofrenią, jedne wytyczne odnoszące się do stosowania interwencji psychologicznych i psychospołecznych wśród osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (w tym ze schizofrenią) oraz jedne dotyczące dzieci i młodzieży ze schizofrenią.

Podsumowanie rekomendacji odnoszących się do dzieci ze schizofrenią:

- Rekomenduje się następujące interwencje psychospołeczne:
 - Interwencje dla rodziny,
 - Terapię poznawczo-behawioralną,
 - Terapię sztuką,
 - Programy wspomaganie zatrudnienia.
- Nie rekomenduje się rutynowego stosowania:
 - Poradnictwa i terapii podtrzymującej,
 - Terapii mającej na celu stosowanie się do leczenia,
 - Treningu umiejętności społecznych.

Ponadto, w przypadku dzieci i młodzieży będących w wieku obowiązku szkolnego, należy współpracować ze szkołą dziecka i władzami oświatowymi w celu zapewnienia kontynuacji nauki.

Brak jest dowodów naukowych z dobrej jakości randomizowanych badań klinicznych wspierających bieżącą praktykę i rekomendacje. Wytyczne praktyki oparte są na konsensusach ekspertów, doświadczeniach klinicznych i dobrych intencjach, a nie wysokiej jakości dowodach naukowych.

Podstawowe składowe, które powinny być zawarte w programie psychoedukacyjnym to:

1. psychoedukacja na temat przyczyn choroby, jej przebiegu, sposobów leczenia,
2. trening rozwiązywania problemów, podczas którego korzysta się najczęściej z 6-stopniowej procedury (1 – określenie, na czym polega problem; 2 – proponowanie kilku rozwiązań; 3 – ocena wad i zalet każdego rozwiązania; 4 – wybór najlepszego rozwiązania; 5 – szczegółowy plan wprowadzenia go w życie, 6 – ocena efektywności wybranego rozwiązania i ewentualna zmiana sposobu postępowania),
3. wsparcie,
4. interwencje kryzysowe.

Dobrze skonstruowany modelowy program psychoedukacyjny dla rodzin powinno charakteryzować :

- partnerstwo – członków rodziny szanuje się jako osoby, które ponoszą odpowiedzialność za sprawowanie opieki nad chorym, uwzględnia się ich potrzeby, akceptując nawet niekorzystne z punktu widzenia terapeuty sposoby radzenia sobie z chorobą,
- dostarczanie struktury i stabilności, np. poprzez regularność kontaktów, jasne zawieranie kontraktu terapeutycznego,
- koncentracja na „tu i teraz”; nawet jeżeli analizuje się sposoby postępowania z przeszłości, mają one służyć rozwiązywaniu bieżących problemów czy korekcie aktualnych zachowań,
- korzystanie z behawioralnych technik uczenia, takich jak: powtarzanie, instruowanie, wzmocnienia i prace domowe.

Programy edukacyjne dla pacjentów:

Edukacja dla pacjentów ze schizofrenią organizowana może być na wiele sposobów – od regularnych wykładów, grup dyskusyjnych, audycji, filmów i broszur edukacyjnych do zajęć behawioralnych. Wykazano przewagę treningów behawioralnych nad nieustrukturalizowanymi zajęciami edukacyjnymi. Zanim pacjenci staną się aktywnymi uczestnikami procesu leczenia, muszą pokonać poznawcze i emocjonalne bariery, utrudniające im uczenie się umiejętności społecznych. Ustrukturalizowane i systematyczne treningi umiejętności społecznych, niezbędnych w samodzielnym życiu, pomagają w pokonaniu tych barier.

1) Wnioski z oceny programu miasta Łodzi:

Przedmiotowy program dotyczy zapobiegania schizofrenii. Jest adresowany do młodzieży pierwszych klas szkół średnich w wieku ok. 16 lat. Celem głównym programu jest zapobieganie rozwojowi zaburzeń psychiatrycznych poprzez zwiększenie świadomości młodzieży na temat objawów prodromalnych choroby i ich rozpoznawania oraz kształtowanie umiejętności eliminowania czynników ryzyka, takich jak stres i używanie środków odurzających.

Autorzy nie podali liczby uczestników jaką planują objąć programem. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, liczba osób w wieku 16-18 lat w 2011 roku wynosiła w Łodzi 86890.

W ramach programu planuje się przeprowadzić następujące interwencje:

- Psychoedukację młodzieży dotyczącą ryzykowanego stanu psychicznego, w szczególności jego objawów prodromalnych oraz czynników zwiększających ryzyko zachorowania.
- Trening asertywności dotyczący asertywnego odmawiania w sytuacjach bycia nakłanianym do używania środków psychoaktywnych.

Autorzy przedstawili plan i tematykę działań. Założono również przeprowadzenie dwugodzinnego spotkania informacyjnego dla rodziców oraz nauczycieli.

Realizatorami programu mają być pracownicy I Katedry Psychiatrii UM w Łodzi oraz studenci Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego i studenci Uniwersytetu Medycznego w Łodzi posiadający odpowiednią wiedzę i mający doświadczenie w prowadzeniu zajęć z młodzieżą.

Autorzy przedstawili planowane koszty całkowite realizacji programu – 138 000 zł oraz koszty jednostkowe. Koszty przeznaczone na opracowanie materiałów i przeprowadzenie zajęć z młodzieżą oraz przeprowadzenie spotkań informacyjnych dla rodziców i nauczycieli mają wynieść 90 000 zł. Pozostałe koszty (48 000 zł) to koszty obejmujące: przygotowanie treści programu, przygotowanie treści spotkań informacyjnych i materiałów dla rodziców i nauczycieli, trening edukatorów (pomoc w przygotowaniu prezentacji, przygotowaniu wypowiedzi i uczestnictwo w treningu prezentacji).

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego.
- II. Dostępność działań programu dla beneficjentów – program jest adresowany do młodzieży pierwszych klas łódzkich szkół średnich w wieku około 16 lat. Autorzy zakładają również przeprowadzenie spotkań informacyjnych dla rodziców i nauczycieli.

- III. Skuteczność działań – w projekcie nie odniesiono się do skuteczności planowanych interwencji.
- IV. Autorzy przedstawili planowane koszty całkowite realizacji programu – 138 000 zł oraz koszty jednostkowe.
- V. Projekt nie zawiera monitorowania i ewaluacji programu.

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 „Program profilaktyki ryzykownego stanu psychicznego” realizowany przez Miasto Łódź, AOTM-OT-441-30/2013, Warszawa, lipiec 2013 i aneksu: „Programy zdrowotne z zakresu edukacji i profilaktyki schizofrenii – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa czerwiec 2013

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy