

Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 143/2014 z dnia 30 czerwca 2014 r.
o projekcie programu „Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów”
województwa Wielkopolskiego

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów” województwa Wielkopolskiego.

Uzasadnienie

Projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest schizofrenia i inne poważne zaburzenia psychiczne. Celem programu jest promocja zdrowia psychicznego, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi łatwo dostępnej opieki zdrowotnej i innych form opieki oraz pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Abstrahując od zawartych w programie niejasności (np. problem miejsca nieletnich w programie, czy kwestie sposobu organizacji i finansowania programu) jest to program, który zdecydowanie zasługuje na poparcie. Na podstawie literatury przedmiotu potencjalne korzyści tzw. terapii psychospołecznych to przede wszystkim zmniejszenie okresów przebywania w szpitalu, znaczne zmniejszenie nasilenia objawów chorobowych, istotna poprawa jakości życia i sprawności społecznych, a także zdobycie umiejętności radzenia sobie z chorobą i różnego rodzaju uzależnieniami. Programy terapii psychospołecznej mają także istotne znaczenie dla utrzymania właściwych i zdrowych stosunków pomiędzy pacjentem i jego rodziną lub środowiskiem pracy.

Proponuję, aby dotychczasowe efekty realizacji programu zostały ocenione przez odpowiednie organy samorządowe.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Województwa Wielkopolskiego z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego. Celem głównym Programu jest promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Program jest skierowany do osób cierpiących na schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne. Program ma być realizowany w okresie od 1 kwietnia 2014 r. do 31 grudnia 2020. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 586 600 zł.

Problem zdrowotny

W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono szereg problemów z zakresu zdrowia psychicznego takich jak: zaburzenia zachowania u dzieci, zaburzenia rozwoju nieokreślone, zaburzenia psychotyczne i afektywne, zaburzenia schizofreniczne.

Zaburzenia psychiczne to utrudnienia funkcjonowania społecznego i/lub psychicznego jednostki, noszące znamiona cierpienia, zlokalizowane wokół objawu osiowego. Posiadają określone dynamikę, etiologię, patogenezę, symptomatologię.

Pojęcie zaburzenia wiąże się z pojęciem zdrowia psychicznego, normalności zachowania oraz jego patologii.

Zaburzenie lub grupę zaburzeń psychicznych, których istotę stanowi dezintegracja osobowości, poprzez zakłócenie procesów decydujących o zachowaniu, sposobie myślenia, odczuwania, czy reakcji na otoczenie. Schizofrenia może wpływać na trudność 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 świadczeń alternatywnych. Programy ochrony zdrowia psychicznego wchodzą w zakres Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, a ich realizacja jest obligatoryjna z uwagi na zapisy ustawowe. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że ochronę zdrowia psychicznego 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 ww. 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.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Promocja/strategia zdrowia psychicznego

Wg zaleceń Radboud University Nijmegen każdy kraj powinien opracować i zrealizować wszechstronny plan działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Plan taki byłby głównym mechanizmem promowania zdrowia psychicznego, redukcji olbrzymich kosztów zdrowotnych i ekonomicznych związanych z zaburzeniami psychicznymi, oraz wzmacniania więzi społecznych. Tam, gdzie nie przewidziano wystarczających funduszy na wdrożenie tego planu działania, można je zidentyfikować poprzez specjalny Fundusz Zdrowia Psychicznego finansowany z podatków za tytoń i alkohol. W planach działania 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 ma wnieść pozytywny wkład poprzez: 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 także na poziomie Wspólnoty; oraz umożliwienie szerszym kręgom zainteresowanych stron zaangażowania się w opracowywanie rozwiązań.

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 (najistotniejsze to depresje i samobójstwa) w Krajach Członkowskich mogą przyczynić się dodatkowe działania i wspólne akcje na poziomie Unii Europejskiej 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 Unii Europejskiej 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 w spektrum 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 potwierdzających, 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 (dzieciństwo) mogą się utrzymywać przez cały okres życia. Skuteczne programy profilaktyczne skierowane do dzieci mają duże znaczenie. Stwierdzono największą skuteczność odnośnie zapobiegania zaburzeniom lękowym, zaburzeniom odżywiania, nadużywaniu substancji psychoaktywnych, destrukcyjnym zaburzeniom zachowania, samobójstwom. Nie wykazano skuteczności programów w zapobieganiu deficytom uwagi, ADHD oraz wczesnym początkom schizofrenii. Autorzy wnioskujeją, że interwencja prewencyjna ma potencjał, aby być skuteczną w przypadku niektórych zaburzeń. Szczególnie zasadne wydaje się promowanie pozytywnego rozwoju u dzieci w każdym wieku 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.

W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej, demencji, schizofrenii geriatrycznej nie ma dostatecznej ilości badań. 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 szczepionkowe mogą otwierać nowe możliwości dla profilaktyki wielu chorób psychicznych w najbliższej przyszłości.

Poprawa jakości opieki psychiatrycznej

Zalecenia odnośnie opieki psychiatrycznej są następujące: dostosowanie polityki i ustawodawstwa, zwiększenie zaangażowania kluczowych partnerów, zasady finansowania opieki psychiatrycznej powinny być nastawione na maksymalizację efektywności usług oraz powinny uwzględniać cele polityki, określenie środków potrzebnych na realizację, promowane powinny być interwencje oparte na dowodach, należy opracować normy jakości oraz procedury akredytacyjne. Poprawa jakości powinna doprowadzić do rutynowego zarządzania usługami. Poprzez systematyczne podejście do poprawy jakości możliwe jest zapewnienie najlepszych możliwych interwencji.

Ośrodki pobytu dziennego

Nierandomizowane badania porównawcze dają sprzeczne wyniki odnośnie roli ośrodków dziennego pobytu oraz klinicznych i społecznych potrzeb, jakie są w stanie spełnić. Według autorów najlepszym rozwiązaniem jest pozostawić możliwość wyboru typu ośrodka osobom z poważnymi chorobami psychicznymi i ich opiekunom. Istnieje wyraźna potrzeba randomizacji prób do badania ośrodków pobytu dziennego w porównaniu do innych form 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 w porównaniu do innych modeli okazały się bardziej skuteczne, przynosiły dobre skutki zdrowotne, zarówno psychiczne jak i fizyczne. W niektórych sytuacjach klinicznych poprawiły funkcjonowanie społeczne, samodzielność osób 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 „współpracy” w opiece psychiatrycznej zmniejsza koszty obsługi pacjentów, zwiększa oszczędności. Niemniej wyniki te nie są widoczne we wszystkich badanych grupach. Zyski wymagają zaangażowania osób dostarczających usług opieki, starannego zaprojektowania interwencji i ich konsekwentnego stosowania. Skuteczne modele wymagają uwagi na wielu poziomach: od organizacyjnych do poszczególnych lekarzy oraz kompleksowej obsługi. Powinno się zadbać o ciągłość i kompleksowość usług. Zgodnie z oczekiwaniami, nie zidentyfikowano jednego, uniwersalnego modelu. Zintegrowana opieka psychiatryczna powinna być wdrażana po wykonaniu lokalnej próby, z uwzględnieniem charakterystyki konkretnej populacji.

Dane pokazują, że umieszczenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w placówkach opieki psychiatrycznej poprawia utrzymanie zdrowia, koordynację opieki i zadowolenie z niepsychiatrycznych usług opieki. Przyszłe badania powinny objąć również koszty szkolenia lekarzy podstawowej opieki, powinno się zbadać czy zintegrowany model opieki jest bardziej skuteczny w konkretnych populacjach np. chorych ze schizofrenią.

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 potrzeba 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.

Psychoedukacja może wpływać na zmniejszenie nawrotów, a także wpływa na przestrzeganie zaleceń lekarskich (przyjmowanie leków), jak również skrócenie pobytu w szpitalu. Badania oparte były jednak na ograniczonej jakości. Prawdziwa wielkość efektu jest prawdopodobnie mniejsza niż przedstawiona w tym przeglądzie. Zastosowanie psychoedukacji może mieć potencjalnie korzystny wpływ na efekty kliniczne i ekonomiczne. Obiecującą metodą dostarczania psychoedukacji mogą być technologie informacyjno-komunikacyjne.

Wczesna interwencja może mieć pozytywny wpływ na zmniejszenie odsetka ludzi ponownie hospitalizowanych, rozpoznawania objawów i symptomów, spadek częstotliwości nawrotu choroby, ogólnego funkcjonowania osób ze schizofrenią oraz afektywną chorobą dwubiegunową. Jednak nie na czas do nawrotu choroby. Wczesna interwencja może być opłacalna ze względu na zmniejszenie liczby 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 (RCT).

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 (terapia sztuką, m. in. tańcem) w schizofrenii.

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 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 wytyczne dotyczące dzieci i młodzieży ze schizofrenią.

W odnalezionych rekomendacjach nie ma pełnej zgodności co do stosowania interwencji tj. psychoterapii podtrzymującej i terapii psychodynamicznej. Należy jednak zauważyć, że nie odnaleziono wystarczających dowodów, aby rekomendować te interwencje, w wytycznych odnoszących się do osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi czyli w szerszej populacji.

Podsumowanie rekomendacji odnoszących się do dzieci ze schizofrenią:

Rekomenduje się następujące interwencje psychospołeczne:

- Interwencje dla rodziny,
- Terapia poznawczo-behawioralna,
- Terapia 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 po uzyskaniu zgody 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 dowody.

Podstawowe składowe, które powinny być zawarte w programie psychoedukacyjnym:

- Psychoedukacja na temat przyczyn choroby, jej przebiegu, sposobów leczenia.
- 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).
- Wsparcie.
- Interwencje kryzysowe.

Programy edukacyjne dla pacjentów:

Edukacyjna dla pacjentów 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.

Wnioski z oceny projektu programu Województwa Wielkopolskiego:

Projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego. Zgodnie ze stanowiskiem autorów projektu celem programu jest promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie

zaburzeniom psychicznym. Autorzy deklarują zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Ponadto, program ma na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zwiększenie integracji społecznej, upowszechnienie leczenia w zakresie psychiatrii środowiskowej. Projekt zawiera wszystkie elementy programu zdrowotnego zaproponowane przez AOTM.

Problem zdrowotny został opisany przez autorów w ujęciu ogólnym schorzeń szczególnie ważnych w psychiatrii oraz potrzeb polityki ochrony zdrowia psychicznego. Głównym problemem poruszonym w treści projektu jest schizofrenia oraz związane z nią zagadnienia terapeutyczne. Opis został opatrzone przypisami oraz informacją bibliograficzną. Opis kliniczny, rozpoznanie oraz leczenie schizofrenii są zgodne z informacjami zawartymi w opracowaniu wykonanym przez Agencję. Autorzy opracowania podkreślają znaczenie indywidualnie dobranej farmakoterapii, psychoedukacji, socjoterapii i aktywizacji społecznej.

Projekt zawiera opis populacji docelowej. W oparciu o dane statystyczne autorzy oszacowali, że na terenie województwa wielkopolskiego jest ponad 95 000 osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. W oparciu o doświadczenia realizacji programu zdrowotnego z lat poprzednich oraz możliwości kadrowych dwóch ośrodków zajmujących się psychoterapią autorzy deklarują, że programem zostanie objętych 2 620 pacjentów rocznie, co w skali 7-letniego okresu realizacji programu zdrowotnego daje liczbę 18 340 pacjentów – stanowi to ok. 20% populacji docelowej. Opis populacji nie zawiera jednak szczegółowej charakterystyki z podziałem na schorzenia psychiczne wymagających hospitalizacji bądź wymagających wyłącznie psychoterapii realizowanej w ramach ośrodków uwzględnionych w projekcie. Nie uwzględniono także podziału wiekowego, co w przypadku terapii schizofrenii jest jednym z istotnych czynników formułowania interwencji. Nie jest wiadome czy projekt przewiduje udział osób małoletnich. W treści projektu obecna jest pewna nieścisłość dotycząca wielkości grupy osób, które mogą wziąć udział w programie. Opis populacji deklaruje udział 100 i 25 osób odpowiednio w Poznańskim Ośrodku Zdrowia Psychicznego i w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym, z kolei analiza kosztów realizacji projektu wskazuje na wartości odpowiednio 2 150 i 470 pacjentów rocznie.

Interwencja została omówiona przez autorów projektu. Uwzględnia ona zajęcia w ramach psychoedukacji, terapii grupowej, oraz terapii zajęciowej. W ramach programu zajęcia będą odbywać się w trzech pracowniach: komputerowej, artystycznej i kulinarnej. Interwencja obejmuje także socjoterapię. Obszar przeprowadzania terapii jest zgodny z wytycznymi i rekomendacjami. Autorzy określają zakres oraz cel przeprowadzanych zajęć terapeutycznych. W opisie zawarto także możliwości lokalowe oraz wielkość przewidywanych grup zajęciowych.

Nie uwzględniono zajęć z udziałem członków rodziny. Ponadto, charakter interwencji nie uwzględnia podziału wiekowego, gdyż w przypadku leczenia dzieci ze schizofrenią nie rekomenduje się poradnictwa i terapii podtrzymującej, terapii mającej na celu stosowanie się do leczenia, treningu umiejętności społecznych. Ze względu na fakt braku określenia populacji docelowej pod względem wieku, pełna ocena interwencji nie jest możliwa. Wytyczne praktyki oparte są na konsensusach ekspertów, doświadczeniach klinicznych, a nie na wysokiej jakości dowodach naukowych. Projekt określa kryteria kwalifikacji beneficjentów. Będą przyjmowane osoby z rozpoznaną schizofrenią lub innymi schorzeniami psychotycznymi. Nie określono jednak kryterium wiekowego, jeżeli takowe jest zakładane, oraz nie określono, kto będzie odpowiedzialny za przeprowadzenie kwalifikacji. Uwzględniono natomiast konieczność uzyskania zgody pacjenta na udział w rehabilitacji i aktywizacji. Projekt dubluje świadczenia w zakresie świadczeń gwarantowanych. Intencją projektu jest zaspokojenie zapotrzebowania na świadczenia terapeutyczne ze względu

na ograniczenia narzucone kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia. Autorzy podkreślają, że Poznański ośrodek nie posiadał wystarczających środków finansowych na utrzymanie ciągłości świadczeń, stąd też w latach 2009-2013 realizowany był przez 9 miesięcy każdego roku ze środków województwa wielkopolskiego. Należy zauważyć, że zgodnie z rekomendacjami w przypadku interwencji psychospołecznych ważne jest udzielanie pomocy przez specjalistów, którzy przeszli specjalne przeszkolenie, posiadają wystarczające doświadczenie i kwalifikacje oraz mają możliwość sprawowania długotrwałej i ciągłej opieki nad pacjentem (poziom rekomendacji C).

W znakomitej większości oczekiwane efekty są adekwatne do obranych celów. Przewidziane jest monitorowanie programu poprzez ocenę zgłaszalności do programu, ocenę jakości programu z wykorzystaniem badań ankietowych. Wzór ankiety nie został przedstawiony razem z wnioskiem o dokonanie opinii przez Agencję. Efektywność natomiast ograniczona jest do oceny frekwencji uczestników programu, ilości nawrotów choroby pacjentów oraz ilości hospitalizacji. Brak mierników oraz narzędzi pozwalających na ocenę wzmocnienia kompetencji społecznych, funkcjonowania społecznego. Nie uwzględniono także oceny efektów w zakresie upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego. Istotne jest, aby sformułowane cele były mierzalne, co umożliwi wiarygodną ewaluację interwencji i realizacji projektu programu zdrowotnego.

Projekt przewiduje przeprowadzenie akcji informacyjnej z wykorzystaniem strony internetowej oraz ulotek dostępnych na terenie ośrodków przekazane lekarzom terapeutom. Wzór ulotek nie został przedstawiony w projekcie, forma dystrybucji stwarzać może ryzyko nierównego dostępu do oferowanych świadczeń.

Projekt uwzględnia zasady udzielania świadczeń pod względem czasu oraz miejsca, a także sposób zakończenia udziału w programie oraz bezpieczeństwo planowanych interwencji. Kompetencje oraz wymagania co do realizatora projektu zostały określone. Projekt nie przewiduje wyboru realizatora w drodze konkursu.

Treść projektu wzbogacona jest o szereg informacji dotyczących rekomendacji w zakresie psychoterapii oraz dowodów skuteczności klinicznej. Przepisy jednak pozbawione są informacji bibliograficznej.

Przedstawiano zarówno koszty jednostkowe jak i koszty całkowite realizacji programu wynoszące odpowiednio dla Poznańskiego Ośrodka Zdrowia Psychicznego 481 600 złotych oraz dla Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Śremie 105 000 złotych. Projekt przewiduje, że pozostałe koszty materiałowe zostaną pokryte przez środki własne zakładów (w domyśle koszt kampanii informacyjnej oraz obsługę).

Źródła finansowania uwzględniają środki z Województwa Wielkopolskiego, środki własne Poznańskiego Ośrodka Zdrowia Psychicznego oraz środki własne Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Śremie.

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 zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia psychiczne szczególnie w zakresie schizofrenii.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - Autorzy planują przeprowadzenie kampanii informacyjnej. Określono kryteria włączenia do programu. Niejasny jest udział osób małoletnich w programie. Kampania informacyjna została

przewidziana, jednak jej forma i zasięg może prowadzić do ograniczonej dostępności do oferowanych świadczeń.

- III. Skuteczność i bezpieczeństwo planowanych interwencji: autorzy nie przedstawili dowodów skuteczności oraz rekomendacji dotyczących stosowania terapii w zakresie psychiatrii społecznej. Wytyczne praktyki oparte są na konsensusach ekspertów, doświadczeniach klinicznych, a nie o wysokiej jakości dowody naukowe. Bezpieczeństwo realizacji projektu odnosi się głównie do bezpieczeństwa gromadzonych danych klinicznych oraz uzyskania zgody pacjenta na udział w terapii.
- IV. Przedstawiano zarówno koszty jednostkowe jak i koszty całkowite realizacji programu wynoszące 586 600 zł. Projekt programu zawiera szczegółowy kosztorys.
- V. Projekt Programu zawiera metody określenia jego efektywności poprzez wskaźniki monitorujące. Zaobserwowano nieliczne usterki dotyczące pomiaru efektywności interwencji szczególnie w odniesieniu do obranych celów.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr AOTM-OT-441-32/2014 „Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów” realizowany przez: Województwo Wielkopolskie, Warszawa, czerwiec 2014 oraz aneksów do raportów szczegółowych „Programy zdrowotne z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, Warszawa wrzesień 2012, „Programy zdrowotne z zakresu edukacji i profilaktyki schizofrenii – wspólne podstawy oceny”, Warszawa czerwiec 2013.