



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 95/2013 z dnia 15 kwietnia 2013 r.
o projekcie programu „Miejski program ochrony zdrowia Zdrowy
Kraków na lata 2013-2015 - Profilaktyka samobójstw” miasta
Kraków

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Miejski program ochrony zdrowia Zdrowy Kraków na lata 2013-2015 - Profilaktyka samobójstw” miasta Kraków.

Uzasadnienie

W ocenie Agencji, program powiela działania dobrze działającego na terenie Krakowa ośrodka interwencji kryzysowych. Poza tym, nie podano w nim danych dotyczących liczby i charakteru samobójstw w Krakowie. Opis przedstawionych w projekcie interwencji w większości jest ogólnikowy i nie jest możliwa ich ocena zgodnie z metodologią HTA. Opis samego programu jest niewystarczający i wydaje się, że mogą zaistnieć trudności w dotarciu do społeczności miasta z informacją o jego celu, założeniach i możliwościach realizacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego miasta Kraków w zakresie profilaktyki zachowań samobójczych w latach 2013-2016. Program ma na celu zwiększenie świadomości społecznej oraz oszacowanie skali problemu zdrowotnego, zmniejszenie ryzyka samobójczego, w tym szczególnie ryzyka samobójstwa wśród osób z grupy ryzyka z rozpoznaniem F60-F61 i F40-F48, a także analiza efektywności, w tym kosztowej, oddziaływań dla grupy pacjentów z zachowaniami samobójczymi w celu określenia, czy jest możliwe ograniczenie ilości i/lub zakresu zachowań autodestrukcyjnych i samobójczych. Projekt zawiera informacje o budżecie oraz kosztorys.

Problem zdrowotny

Programy z zakresu ochrony zdrowia psychicznego należą do grupy programów, w których trudno jest zdefiniować jeden konkretny problem zdrowotny. Najczęściej oscylują one wokół wielu różnych problemów z zakresu szeroko pojętego zdrowia psychicznego. W dokumentach Unii Europejskiej wskazuje się na depresję i samobójstwa jako najistotniejsze problemy zdrowotne występujące w ostatnich latach coraz częściej w państwach członkowskich Unii.

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 obowiązkowa 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 oraz 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 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 (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 wnioskuje, 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

Obecnie, 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 (co do 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 okazały się bardziej skuteczne (w porównaniu do innych modeli), 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: 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.

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 i nie ma wspólnej metody oceny standardów opieki w poszczególnych krajach.

Zidentyfikowano osiem dziedzin opieki instytucjonalnej, które były kluczem dla wyleczenia pacjentów: warunki życia w ośrodku, powściągliwość personelu, odosobnienie pacjenta, 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. Istotna jest niska gęstość mieszkańców instytucji i maksymalizacja ich 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. Personel powinien wspierać pacjentów w podejmowaniu decyzji odnośnie terapii, należy zapewnić regularny nadzór nad personelem. Należy kontrolować stan zdrowia (somatyczny) pacjentów poprzez regularne badania przesiewowe. Powinny być ustalone jasne kierunki odnośnie zarządzania, które zapewnią przestrzeganie wytycznych, opartych na dowodach.

Stwierdzono, że ICM (Intensive Case Management) – jeden z modeli długoterminowej opieki dla osób ciężko chorych psychicznie, którzy nie wymagają natychmiastowego przyjęcia na oddział polega na intensywnym zarządzaniu przypadkami. 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 odnośnie 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 chce pracować. Stosuje się różne formy rehabilitacji zawodowej w stosunku do tych osób, aby pomóc im odnaleźć pracę. Zauważono, że zatrudnienie wspomagane było znacznie skuteczniejsze od wstępnego kształcenia zawodowego. Klienci zatrudnienia wspomagane zarabiali więcej i pracowali więcej godzin w ciągu miesiąca. Zatrudnienie wspomagane jest bardziej skuteczne w uzyskaniu konkurencyjnej pracy niż wstępne kształcenie zawodowe.

Wysoki poziom bezrobocia wśród osób z zaburzeniami psychicznymi to przejaw dysfunkcji społeczeństwa. Istnieją metody rehabilitacji zawodowej osób z poważnymi chorobami psychicznymi, które zmniejszają negatywne skutki tego zjawiska. IPS (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, w kontekście Wielkiej Brytanii. Ocena powinna koncentrować się na jakości zdobytego zatrudnienia pacjentów.

Wyniki metasyntezy wykazały, że pracownicy z typowymi zaburzeniami psychicznymi wskazują na wiele przeszkód podczas powrotu do pracy, związanych z: cechami ich osobowości, brakiem wsparcia społecznego, ograniczeń systemów socjalnych i rehabilitacyjnych. Pracownikom trudno było zdecydować, kiedy byli gotowi do powrotu do pracy. Badania pokazały, że proces powrotu do pracy powinien być postrzegany jako spójny i ciągły. Metasynteza pokazała, że brak jest koordynacji między systemami społecznymi, a rehabilitacyjnymi. Potrzebna jest zmiana we wprowadzaniu interwencji w kierunku większej koordynacji.

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.

Przemoc u osób z zaburzeniami psychicznymi

Szacuje się, że przemoc jest przyczyną zgonów 1,6 mln ludzi na świecie każdego roku. Napaści, które doprowadzają do śmierci ofiar stanowią tylko ułamek wszystkich ataków, które występują. Problem ma poważne konsekwencje tak dla jednostki, jak i dla 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.

Depresja młodzieńcza

Interwencje psychologiczne nie są obecnie rekomendowane jako uniwersalna metoda zapobiegania objawom depresji i wielkiej depresji w populacji młodzieży.

Niemniej jednak z odnalezionych dowodów naukowych wynika, że prewencyjne działania edukacyjne/psychologiczne/edukacyjno-psychologiczne mogą być skuteczną metodą zapobiegania depresji. Jeśli chodzi o prewencję zaburzeń zachowania, niepokoju, depresji za pomocą CBT, w tym trening umiejętności społecznych, to skuteczność wykazują programy celowane, które są efektywniejsze niż uniwersalne i selektywne. Również interwencje prowadzone przez profesjonalistów są skuteczniejsze, choć mogą być droższe niż prowadzone przez nauczycieli. Ponadto interwencję polegającą na terapii poznawczo-behawioralnej (15 godzinnych sesji) uznano za kosztowo efektywną z perspektywy społecznej w rocznym horyzoncie czasowym.

Depresja poporodowa

- W okolicach 36 tygodnia ciąży kobiety powinny być informowane m. in. o baby blues oraz depresji porodowej.
- Z wszystkimi kobietami ciężarnymi powinno się przeprowadzać wywiad w kierunku wcześniejszych zaburzeń psychicznych oraz obciążenia rodzinnego.
- Systematyczny skryning dotyczący możliwości rozwoju depresji poporodowej w populacji kobiet ciężarnych nie jest rekomendowany przez National UK Screening. Skryning w kierunku chorób psychicznych powinien być oferowany kobietom w okresie okołoporodowym, ale tym, które mają chorobę psychiczną w swojej historii.
- Kobiety po urodzeniu powinny wypełniać EPDS w ramach skryningu depresji poporodowej.
- EPDS nie jest narzędziem diagnostycznym. Diagnoza depresji poporodowej wymaga oceny klinicznej.

Wczesne wykrywanie depresji

- Nie rekomenduje się wykrywania depresji w ogólnej populacji osób dorosłych.
- Screening w kierunku depresji powinien być prowadzony w grupie osób dorosłych cierpiących na przewlekłe choroby somatyczne (m. in. nadciśnienie tętnicze), a także u osób z zaburzeniami psychicznymi w historii choroby.
- Screening w kierunku depresji prowadzony przez lekarza POZ powinien polegać na zadaniu 2-3 prostych pytań dotyczących samopoczucia i napędu psychomotorycznego.
- Do określenia stopnia ciężkości zaburzeń może służyć kwestionariusz PHQ-9.

Samobójstwa

Wytyczne WHO dotyczące zapobiegania samobójstwom podkreślają rolę lekarzy poz, nauczycieli oraz funkcjonariuszy służby więziennej w rozpoznawaniu osób, które mogą popełnić samobójstwo, dostarczając jednocześnie wskazówek postępowania.

Wnioski z oceny programu miasta Kraków

- W projekcie programu pojawia się nieścisłość w zakresie terminu realizacji programu. Projekt jest częścią programu „Miejski program ochrony zdrowia Zdrowy Kraków na lata 2013-2015”, natomiast oceniany program „Profilaktyka zachowań samobójczych” realizowany ma być w okresie 2013-2016.
- W programie nieprecyzyjnie zdefiniowano problem zdrowotny. Na podstawie lektury programu wiadomo, że dotyczy on profilaktyki zachowań samobójczych, jednak z opisu problemu zdrowotnego wynika to dokładnie.
- Brak jest konkretnych wskaźników epidemiologicznych dotyczących omawianego problemu w Krakowie. Autorzy przedstawiają liczne dane dotyczące liczby samobójstw w Polsce w poszczególnych latach oraz szczegółowe dane liczbowe dotyczące: sposobu popełniania samobójstw, ich przyczyn oraz stanu cywilnego, wykształcenia, stanu świadomości i źródła utrzymania osób popełniających samobójstwa.
- W projekcie programu przedstawiono szereg interwencji przyporządkowanych już konkretnym realizatorom, przy czym większość z nich jest zbyt ogólnikowa i nie jest możliwa ich ocena zgodnie z metodologią HTA. Zgodnie z definicją superwizji jest to terapia stosowana dla terapeutów w obecności innego specjalisty posiadającego certyfikat superwizora, w związku z czym zastanawiający jest fakt jej stosowania w populacji objętej programem.
- Opis programu jest niewystarczający, aby w sposób rzetelny można było dokonać oceny projektu programu zdrowotnego.
- Informacje o programie będą przekazywane przez personel medyczny realizatorów programu. Taka forma informowania nie gwarantuje pełnej i sprawnej organizacji programu z uwagi na trudności w dotarciu do społeczności miasta z informacją o podejmowanych działaniach.
- Autorzy podają informacje o miejscu realizacji programu, jednak zabrakło informacji w jaki sposób zostało ono wybrane.
- Informacje przedstawione przez autorów jako bezpieczeństwo planowanych interwencji nie odnoszą się do omawianego problemu. Autorzy przedstawili informacje dotyczące bezpieczeństwa w myśl przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

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 o programie: „Miejski program ochrony zdrowia Zdrowy Kraków na lata 2013-2015 - Profilaktyka samobójstw” realizowanym przez miasto Kraków, nr: AOTM-OT-441-200/2012, Warszawa marzec 2013 i aneksu: „Programy zdrowotne z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, wrzesień 2012