



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 148/2018 z dnia 27 lipca 2018 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program  
rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz  
nerwicowymi na lata 2019-2022” realizowany przez:  
województwo śląskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022” realizowany przez województwo śląskie pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej może stanowić wartość dodaną do obecnie dostępnych świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi. Aczkolwiek w celu podniesienia jakości programu należy rozważyć proponowane poniżej modyfikacje dotyczące poszczególnych elementów programu.

Cele programowe wymagają przeformułowania zgodnie z koncepcją SMART. Należy także uzupełnić mierniki efektywności, tak aby odnosiły się do wszystkich celów programu.

Populacja docelowa i interwencje zaplanowane w ramach programu są zgodne z wytycznymi. Niemniej jednak niektóre elementy zaplanowanych działań wymagają doprecyzowania.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach NFZ.

Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie programu zostało zaplanowane poprawnie. Natomiast ewaluacja programu wymaga korekty zgodnie z uwagami w niniejszej opinii. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

Budżet programu wymaga weryfikacji w odniesieniu do kosztów jednostkowych niektórych interwencji.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zaburzeń afektywnych i nerwicowych. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 9 520 967,50 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2022.



Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

## **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

### Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia afektywne i nerwicowe.

Opiniowany program wpisuje się w następujący priorytet Ministra Zdrowia (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2018 poz. 469): „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”.

W treści projektu odniesiono się do danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie w skali światowej, ogólnopolskiej i regionalnej.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych w 2014 r. w województwie śląskim odnotowano:

- współczynnik zgłaszalności do POZ z powodu zaburzeń psychicznych ogółem – 72 976,4 pacjentów na 100 tys. ludności, co stanowiło 4. najwyższą wartość w kraju,
- współczynnik chorobowości szpitalnej z powodu zaburzeń psychicznych ogółem – 528,7 pacjentów na 100 tys. ludności, co stanowiło 7. najniższy wynik w kraju,
- współczynnik chorobowości AOS z powodu zaburzeń psychicznych ogółem – 4 187,9 pacjentów na 100 tys. ludności, co stanowiło 7. najwyższy wynik w kraju.

Ponadto, zgodnie z danymi zawartymi na stronie Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, w 2016 r. w województwie śląskim, w ramach opieki ambulatoryjnej, z powodu choroby depresyjnej nawracającej (F33) oraz zaburzeń dwubiegunowych (F31) leczonych było w sumie 16 252 osób, (w tym 12 410 osób w wieku 19-64 lata), z czego 11% leczonych było po raz pierwszy. Z kolei z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych (F40-F48) we wspomnianym okresie leczonych było 54 138 mieszkańców województwa śląskiego (w tym 47 132 osoby w wieku 19-64 lata), z czego ok. 30% leczonych było po raz pierwszy. Współczynnik zapadalności na 100 tys. osób wynosił 356,5 w przypadku rozpoznań z grupy F31 oraz F33 oraz 1187,5 w grupie z rozpoznaniem F40-F48.

W opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono również informacje w zakresie świadczeń wypłacanych przez ZUS z tytułu niezdolności do pracy. Zgodnie z dostępnymi danymi ZUS, w 2016 r. zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia zachowania (F00-F99) stanowiły grupy chorób generujące najwyższe wydatki (5 619 400,6 zł - 16% ogółu wydatków) na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności psychicznej i społecznej oraz zdolności do aktywności zawodowej osobom z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi poprzez ograniczenie lub skompensowanie funkcjonalnych deficytów wynikających z choroby, dzięki kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej prowadzonej w populacji osób w wieku produkcyjnym na terenie województwa śląskiego w latach 2019-2022”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Ponadto cel główny zdefiniowano w formie działania, a nie rezultatu jaki zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji działań w ramach programu.

Dodatkowo zdefiniowano 4 cele szczegółowe, które uzupełniają założenie główne programu. Przy formułowaniu celów zastosowano koncepcję SMART, według której powinien on być: sprecyzowany,

mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Jednakże cele szczegółowe nie są w pełni zgodne z regułą SMART i należałoby je doprecyzować w tym zakresie.

W programie przedstawiono 9 mierników efektywności, wraz z ich wartościami docelowymi oraz sposobami pomiaru. Jednak nie uzasadniono docelowych wartości wskaźników, co należy uzupełnić. Należy zaznaczyć, że zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. W projekcie wskazano m.in. miernik w zakresie poziomu wiedzy uczestników: „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazywanych na szkoleniach dla kadr medycznych” (wskaźnik ten można odnieść do celu 4). Wartość ww. miernika określana ma być na podstawie porównania wyników testu wypełnianego przed i po szkoleniach. Do celu 2 odnieść można natomiast wskaźniki w postaci „odsetka osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym w związku z otrzymanymi w programie interwencjami” oraz „odsetka osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami” (na podstawie porównania wyników kwestionariusza WHOQOL-100). Miernik w postaci „odsetka i liczby osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie” można odnieść do celu głównego. Określono również szereg mierników odnoszących się do zgłaszalności do programu („liczba osób objętych programem zdrowotnym, dzięki współfinansowaniu z EFS (uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie)”, „liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w programie”, „liczba osób uczestniczących w badaniu lekarskim kwalifikującym do programu”, „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej” – wskaźnik ten można również odnieść do celu 1). W projekcie nie przedstawiono mierników odnoszących się do celu 3, co wymaga uzupełnienia.

#### Populacja docelowa

Do udziału w programie mają zostać włączeni mieszkańcy województwa śląskiego w wieku produkcyjnym (tj. kobiety 18-59 lat oraz mężczyźni 18-64 lata), aktywni zawodowo, z jednym z następujących rozpoznań w wywiadzie:

- zaburzenia depresyjne nawracające (F33 wg ICD-10),
- zaburzenia lękowe uogólnione (F41.1),
- zaburzenia stresowe pourazowe (F43.1),
- zaburzenia adaptacyjne (F43.2).

Liczebność populacji w wieku produkcyjnym (kobiety 18-59 lat oraz mężczyźni 18-64 lata) zamieszkującej teren województwa śląskiego oszacowano w projekcie na 2 818 424 osoby, natomiast wg danych GUS z 2017 liczba osób w wieku produkcyjnym, we ww. przedziale wiekowym jest nieco mniejsza i wynosi 2 776 870 osób.

W projekcie stosuje się pojęcia „wieku aktywności zawodowej” oraz „wieku produkcyjnego”. Należy zaznaczyć, że zgodnie z definicją GUS, wiek produkcyjny, jest to wiek zdolności do pracy, tj. dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet - 18-59 lat (zgodny ze wskazanym w projekcie). Natomiast osoba w wieku aktywności zawodowej, zgodnie z Wytocznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS, jest to osoba w wieku 15 lat i więcej, a o przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Zatem powyższe zapisy należy uściślić.

Kompleksową rehabilitację psychiatryczną zaplanowano dla 2 955 mieszkańców województwa śląskiego w wieku produkcyjnym (tj. kobiety 18-59 lat oraz mężczyźni 18-64 lata), aktywnych zawodowo, z jednym z ww. rozpoznań w wywiadzie, którzy zakończyli leczenie właściwe dla ww. zaburzeń, nie korzystali ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków NFZ, ZUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu oraz nie posiadają przeciwwskazań do poddania się rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Szkolenia kadry medycznej przewidziano dla 300 osób wykonujących jeden z następujących zawodów medycznych: lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii, lekarze rezydenci odbywający specjalizację w ww. dziedzinie, psychologowie, fizjoterapeuci.

W projekcie przedstawiono kryteria kwalifikacji do udziału w programie w odniesieniu do planowanych interwencji.

#### Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie kompleksowej rehabilitacji obejmującej: pierwszą konsultację psychiatryczną, indywidualne spotkania terapeutyczne z psychologiem, konsultacje telefoniczne z psychologiem, indywidualne konsultacje specjalistyczne, (z doradcą zawodowym i psychoterapeutą), trening redukcji stresu, warsztaty terapeutyczne (warsztaty psychodramy, warsztaty radzenia sobie z emocjami), warsztaty asertywności, działania edukacyjne, drugą konsultację psychologiczną oraz kontrolną konsultację psychiatryczną. W projekcie opisano w sposób szczegółowy zakres i sposób przeprowadzenia ww. działań.

Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z treścią projektu, weryfikacja braku przeciwwskazań do udziału w programie przeprowadzana ma być dwukrotnie – przez lekarza psychiatrę oraz przez psychologa. Jednakże nie przedstawiono uzasadnienia dla ww. działań, co należałoby uzupełnić.

W przypadku konsultacji psychiatrycznej do oceny funkcjonowania psychologicznego oraz poziomu niezależności pacjenta ma być zastosowany standaryzowany kwestionariusz WHOQOL-100 (z ang. The World Health Organization Quality Of Life)

Wśród uczestników przeprowadzone mają być również indywidualne spotkania terapeutyczne realizowane przez psychologa. Tematyka dostosowana ma być do potrzeb danego pacjenta. W projekcie wskazano również, że wykorzystane będą terapie stosujące metody oparte na dowodach naukowych. Jednak kwestii tej nie uściślono, co należy uzupełnić.

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, dotyczącymi postępowania w powszechnych zaburzeniach psychicznych, odnosząc się do łagodnych i umiarkowanych zaburzeń, w przypadku depresji, National Institute for Health Care Excellence (NICE 2011) wskazuje głównie na terapię poznawczo-behawioralną. Z kolei w uogólnionych zaburzeniach lękowych, zaleca się w głównej mierze metody oparte na biblioterapii (stosowanie materiałów czytelniczych jako pomocy terapeutycznej z asystą lekarza lub bez). W PTSD (ang. posttraumatic stress disorder – zespół stresu pourazowego) wskazuje się natomiast na terapię poznawczo-behawioralną ukierunkowaną na traumę oraz terapię odwracania za pomocą ruchu gałek ocznych. Na ww. wytyczne powołano się także w treści projektu.

Należy również zaznaczyć, że w odnalezionych rekomendacjach dotyczących osób ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi (depresja, PTSD), szczególny nacisk kładzie się na interwencje psychologiczne (Joint Commissioning Panel for Mental Health JCPMF 201620, NICE 200921, NICE 200522).

Odnosząc się do interwencji, jaką mają być konsultacje telefoniczne, należy wskazać, że z treści projektu nie wynika wprost, kto będzie inicjować kontakt telefoniczny (pacjent w razie potrzeby czy psycholog), ani czy skorzystanie z konsultacji będzie obligatoryjne dla każdego z uczestników, czy też wynikać będzie ze stanu psychicznego danego pacjenta, co należy uszczegółwić.

Uczestnicy będą mieli również możliwość wyboru konsultacji specjalistycznych. W ramach programu dla każdego pacjenta dostępne będą konsultacje z doradcą zawodowym, których celem będzie udzielenie profesjonalnego wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej oraz konsultacji z psychoterapeutą. W odniesieniu do konsultacji psychoterapeutycznych wskazano jedynie, że w ich ramach zastosowane zostaną metody psychoterapeutyczne. Kwestia ta wymaga doprecyzowania.

Warto pamiętać, że aktywizacja zawodowa uczestników, stanowi cel główny ocenianego programu, wynikający również z RPO Województwa Śląskiego. Dowody naukowe wskazują się na skuteczność wdrażania tzw. „rehabilitacji zawodowej” wśród osób z zaburzeniami psychicznymi (Crowther 2001,

Heffernan 2011). Ponadto, w rekomendacjach doradztwo zawodowe wymieniane jest jako jedno z działań zalecanych w ramach rehabilitacji psychiatrycznej (JCPMF 2016).

W ramach projektu realizowane mają być również warsztaty terapeutyczne, w tym warsztaty psychodramy oraz radzenia sobie z emocjami. Należy zaznaczyć, że leczenie poprzez sztukę wskazuje się w rekomendacjach, jako jeden z elementów kompleksowej rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, które ma na celu umożliwienie komunikacji, ekspresji i zrozumienia osób chorych (JCPMF 2016).

W ramach programu wśród populacji docelowej zaplanowano przeprowadzenie jednego spotkania edukacyjnego z psychologiem. W projekcie nie odniesiono się do szczegółów realizacji spotkań. Wskazano jedynie proponowaną tematykę, która obejmować ma związek między stylem życia a zdrowiem psychicznym – m.in. zdrowa dieta, sen i wypoczynek, radzenie sobie ze stresem. Ze wskazanych w projekcie informacji wynika, że zakres tematyczny działań edukacyjnych może jednak ulec zmianie. Powyższa kwestia wymaga doprecyzowania.

Ponadto, zaplanowano szkolenia dla personelu medycznego (w tym: lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinie, psychologów, fizjoterapeutów). Wskazano zakres, liczebność grup, czas trwania i liczbę szkoleń dla personelu medycznego.

Należy podkreślić, że odnalezione dowody wskazują na korzyści wynikające z wdrażania zintegrowanych modeli opieki psychiatrycznej (Kelly 2011, Cerimele 2010) wśród osób z zaburzeniami psychicznymi. W odnalezionych rekomendacjach w zakresie rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, podkreśla się konieczność wdrażania skoordynowanych działań z zakresu stacjonarnej opieki psychiatrycznej oraz działań w płaszczyźnie społecznej, przy udziale multidyscyplinarnego zespołu specjalistów posiadających fachową wiedzę, w celu zaspokojenia złożonych i różnorodnych potrzeb terapeutycznych osób z zaburzeniami psychicznymi (JCPMF 2016).

Podsumowując, interwencje zaplanowane w ramach programu są zgodne z aktualnymi wytycznymi w zakresie rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Aczkolwiek niektóre elementy działań należy doprecyzować zgodnie z powyższymi uwagami.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocenę zgłaszalności i ocenę jakości świadczeń zaplanowano w sposób poprawny. Przy czym do projektu nie załączono wzoru ankiety satysfakcji, zatem nie była możliwa weryfikacja treści dokumentu.

Ewaluacja programu ma polegać na porównaniu stanu końcowego ze stanem wyjściowym w oparciu o zdefiniowane mierniki efektywności programu. Należy zaznaczyć, że ewaluacja powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów. Natomiast przedstawione w treści projektu mierniki nie odpowiadają wszystkim wyznaczonym celom programu, zatem nie będzie możliwa pełna ocena efektywności programu. Powyższa kwestia wymaga zatem dopracowania zgodnie z uwagami w części niniejszej opinii dotyczącej mierników efektywności.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis jego części składowych, etapów oraz działań organizacyjnych. W projekcie wskazano sposób wyboru realizatora i warunki niezbędne do realizacji programu. Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej dotyczącej realizacji programu. Odniesiono się także do sposobu zakończenia udziału w programie. Po zakończeniu udziału w programie uczestnikom przekazywane będą zalecenia dotyczące dalszego postępowania i możliwości terapii poza programem.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 9 520 967,50 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych działań. Jednakże budżet programu wymaga weryfikacji, ponieważ przy uwzględnieniu wskazanych w projekcie kosztów pośrednich i bezpośrednich, koszt całkowity powinien wynieść 1 000 zł więcej. Powyższa uwaga dotyczy kosztów konsultacji telefonicznych i treningu redukcji stresu. Zaplanowano 4 konsultacje telefoniczne (koszt jednostkowy 140 zł/

konsultację) wyceniono na 540 zł, natomiast przy powyższych założeniach koszt powinien wynieść 560 zł). Z kolei przy założeniu, że jedno spotkanie dla jednego uczestnika treningu redukcji stresu wynosi 23 zł, koszt spotkania dla 12-osobowej grupy wynieść powinien 276 zł, a nie 280 zł, jak wskazano w projekcie. Odniesiono się również do kosztów pośrednich, których wysokość w analizowanym przypadku ma wynieść 10% kosztów bezpośrednich projektu.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS).

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

#### Problem zdrowotny

Oceniany projekt odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia afektywne i nerwicowe. Wnioskodawca przedstawia ogólny opis zaburzeń psychicznych oraz wskazuje charakterystykę poszczególnych jednostek chorobowych, tj. zaburzeń afektywnych (w tym epizodów depresyjnych, zaburzeń depresyjnych nawracających, epizodów maniакаlnych, zaburzeń afektywnych dwubiegunowych), zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, innych zaburzeń lękowych (w tym zaburzeń panicznych) oraz reakcji na stres i zaburzeń adaptacyjnych. Na podstawie danych ZUS wskazano również informacje w zakresie absencji chorobowych z tytułu ww. schorzeń.

Zgodnie z treścią projektu, interwencjami w ramach programu objęte mają zostać osoby z następującymi rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD-10: F33 – zaburzenia depresyjne nawracające, F41.1 – zaburzenia lękowe uogólnione, F43.1 – zaburzenia stresowe pourazowe, F43.2 – zaburzenia adaptacyjne.

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie działań z zakresu kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej. Zgodnie z definicją, rehabilitacja psychiatryczna to podejście terapeutyczne, które zachęca osoby chorujące psychicznie do rozwoju posiadanych zasobów poprzez naukę i wykorzystywanie wsparcia środowiskowego, aby mogły jak najpełniej uczestniczyć w życiu społecznym. W swoim obecnym kształcie rehabilitacja jest fundamentalnym oddziaływaniem w psychiatrii. Oddziaływania rehabilitacyjne powinny być prowadzone we wszystkich instytucjach i programach nowoczesnie rozwiniętego modelu opieki psychiatrycznej, na każdym etapie leczenia.

W projekcie programu przedstawiono obszerny opis sytuacji epidemiologicznej zaburzeń zdrowia psychicznego.

#### Alternatywne świadczenia

W ramach NFZ świadczenia z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej finansowane są w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz w warunkach dziennych psychiatrycznych.

#### Ocena technologii medycznej

W brytyjskich rekomendacjach Joint Commissioning Panel for Mental Health w zakresie rehabilitacji osób zaburzeniami psychicznymi, zwrócono uwagę na konieczność wdrażania skoordynowanych działań z zakresu stacjonarnej opieki psychiatrycznej oraz działań w płaszczyźnie społecznej, przy udziale multidyscyplinarnego zespołu specjalistów posiadających fachową wiedzę w celu zaspokojenia złożonych i różnorodnych potrzeb terapeutycznych osób z zaburzeniami psychicznymi (JCPMF 2016).

Wśród zalecanych w rehabilitacji psychiatrycznej interwencji wymienia się: dobór odpowiednich środków farmaceutycznych; terapię psychologiczną (terapia behawioralno-poznawcza w psychozach oraz interwencje rodzinne) –wspierającą zrozumienie problemów zdrowia psychicznego jednostki oraz pozwalającą na identyfikację odpowiednich strategii pomocnych w redukcji dolegliwości; konsultacje psychologiczne powinny być dostępne również dla personelu medycznego sprawującego opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi; leczenie poprzez sztukę (arteterapię) – łączące sztukę i techniki psychoterapeutyczne w celu umożliwienia komunikacji, ekspresji i zrozumienia osób chorych; działania z zakresu zdrowego stylu życia (ćwiczenia, zaprzestanie palenia, porady dietetyczne) oraz monitorowanie zdrowia fizycznego; szkolenia w zakresie samoopieki, rozwijanie umiejętności życia codziennego, doradztwo zawodowe (JCPMF 2016).

Jeżeli osoby z zaburzeniami psychicznymi wymagają wsparcia społecznego, zawodowego lub edukacji, należy rozważyć: udzielenie im informacji nt. dostępności grup samopomocy (nie dot. osób z PTSD), grup wsparcia i innych formach pomocy, w przypadku osób z umiarkowanymi lub ciężkimi schorzeniami – świadczenia z zakresu edukacji i wspierania zatrudnienia (NICE 201136, ostatnia aktualizacja w 2014 r.).

W zaburzeniach psychicznych o łagodnym i umiarkowanym przebiegu zaleca się m.in.: o w depresji podprogowej: biblioterapię indywidualną opartą na metodach terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), skomputeryzowana CBT, zorganizowane, grupowe programy aktywności fizycznej, o w uogólnionych zaburzeniach lękowych, które nie uległy poprawie po zakończeniu psychoedukacji: indywidualna biblioterapia wspomagana przez specjalistę lub z minimalnym udziałem specjalisty, grupy psychoedukacyjne, o w PTSD: skierowanie na CBT zorientowaną na traumę, lub terapię odwracania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR) (NICE 2011).

W odniesieniu do ścieżek postępowania w najczęstszych zaburzeniach psychicznych (depresja, uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół lęku napadowego, PTSD oraz fobie społeczne) na poziomie lokalnym, wskazuje się, że powinny one: podlegać negocjacjom, być wykonalne i zrozumiałe dla pacjentów, ich rodzin, opiekunów i lekarzy, być dostępne i akceptowalne dla wszystkich osób wymagających świadczeń w ich ramach, być dostosowane do potrzeb pacjentów, ich rodzin i opiekunów, być zintegrowane, tak aby nie istniały ograniczenia w przechodzeniu między poziomami danej ścieżki postępowania, być skoncentrowane na wynikach (w tym w odniesieniu do jakości).

W rekomendacjach NICE wskazuje się, że w przypadku osób z depresją, które uważa się za istotnie zagrożone nawrotem choroby (w tym osoby z nawrotem pomimo leczenia przeciwdepresyjnego lub niezdolne do kontynuowania leczenia przeciwdepresyjnego lub z objawami rezydualnymi), powinny otrzymać jedną z następujących interwencji psychologicznych: indywidualna terapia poznawczo-behawioralna (CBT) w przypadku osób, u których wystąpił nawrót choroby mimo przyjmowania leków oraz osób ze znaczą depresją lub objawami rezydualnymi pomimo leczenia (zalecany czas trwania leczenia: 16 do 20 sesji terapeutycznych przez okres 3 do 4 miesięcy), terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) w przypadku osób, u których obecnie nie stwierdza się objawów depresji, ale w przeszłości doświadczyły trzech lub więcej epizodów depresyjnych (czas trwania leczenia: 2-godzinne spotkania raz w tygodniu przez 8 tygodni oraz 4 sesje kontrolne w okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia, 8-15 osobowe grupy) (NICE 200937, ostatnia aktualizacja w 2018 r.).

W odniesieniu do osób z PTSD, u których objawy były obecne przez ponad 3 miesiące od urazu, zaleca się przeprowadzanie interwencji psychologicznych, w tym kursów leczenia psychologicznego zorientowanego na traumę (czas trwania: 8-12 sesji, raz w tygodniu) (NICE 200538, ostatnia aktualizacja w 2015 r.).

Odnalezione dowody naukowe (przegląd systematyczny Crowther 2001) dotyczący rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych z powodu zaburzeń psychicznych i oceniający skutki różnych form rehabilitacji zawodowej (szkolenia zawodowe, zatrudnienie wspomagane, porównane ze sobą oraz ze standardowymi formami terapii (w szpitalu lub w społeczności)) wykazały, że zatrudnienie wspomagane było znacznie skuteczniejsze od wstępnego kształcenia zawodowego. Po 18 miesiącach 34% osób korzystających z zatrudnienia wspomagane, miało pracę, w porównaniu z 12% osób korzystających ze wstępnego kształcenia zawodowego (RR=0,76, 95% CI, NNT 4,5). 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.

Przegląd systematyczny Heffernan 2011 mający na celu zbadanie dowodów skuteczności stosowania modelu IPS (z ang. individual placement and support) Wielkiej Brytanii wykazał, że 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.

Przegląd systematyczny z metaanalizą Andersen 2012 przeprowadzony w celu zbadania możliwości i przeszkód, których doświadczają pracownicy z typowymi zaburzeniami psychicznymi w czasie powrotu do pracy oraz odpowiedzi na pytania, jak osoby chore psychicznie postrzegają powrót do pracy, co charakteryzuje optymalną interwencję pomocy w powrocie do pracy oraz wskazanie możliwości poprawy przyszłych interwencji, wykazał, 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. Metaanaliza pokazała, że brak jest koordynacji między systemami społecznymi, a rehabilitacyjnymi. Potrzebna jest zmiana we wprowadzaniu interwencji w kierunku większej koordynacji.

Wyniki przeglądu systematycznego Kelly 2011 pokazały, że zintegrowane modele opieki psychiatrycznej są bardziej skuteczne (w porównaniu do innych modeli) i przynoszą 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.

Przegląd systematyczny Cerimele 2010 miał być podstawą do oceny integracji usług medycznych podstawowej opieki w placówkach opieki psychiatrycznej. Wyniki pokazały, że umieszczenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w placówkach opieki psychiatrycznej poprawia utrzymanie zdrowia, koordynację opieki i zadowolenie z niepsychiatrycznych usług opieki.

W rekomendacjach NICE z zakresu depresji u osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi wskazuje się, że w 2007 r. całkowity koszt świadczeń w zakresie leczenia depresji w Anglii wyniósł ok. 1,7 miliarda funtów, podczas gdy utrata zatrudnienia z powodu depresji zwiększyła tę sumę do 7,5 miliarda funtów. Szacuje się, że do roku 2026, ww. koszty wyniosą odpowiednio 3 miliardy funtów oraz 12,2 miliarda funtów.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.113.2018 „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022” realizowany przez: województwo śląskie, Warszawa, lipiec 2018 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 189/2018 z dnia 23 lipca 2018 roku o projekcie programu „Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022”.