



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 34/2019 z dnia 15 marca 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Ogólnopolski
program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji
psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie działań w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Zaplanowane interwencje znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych klinicznych w przedmiotowym zakresie i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Jednakże projekt wymaga doprecyzowania zgodnie z uwagami przedstawionymi w niniejszej opinii.

Cele programu warto przeformułować zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności również wymagają uzupełnienia, tak aby pozwoliły na pełną ocenę efektów działań realizowanych w ramach programu.

Populacja docelowa koresponduje z zaleceniami wskazanymi w wytycznych klinicznych. Niemniej jednak doprecyzowania wymagają kryteria kwalifikacji do programu, w szczególności w odniesieniu do kwestii włączenia do programu osób z grup ryzyka.

Zaplanowane w projekcie interwencje stanowią działania zgodne z wytycznymi. Należy jednak mieć na uwadze, że częściowo pokrywają się ze świadczeniami gwarantowanymi, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. Ponadto należy uwzględnić i skoordynować działania zawarte w opiniowanym programie z działaniami podejmowanymi w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Należy również uzupełnić lub wyjaśnić kwestie dotyczące planowanych interwencji, wskazane w dalszej części opinii.

Monitorowanie i ewaluację należy uzupełnić zgodnie z uwagami przedstawionymi w dalszej części opinii. Należy podkreślić, iż z uwagi na brak rekomendowanego przez wytyczne kliniczne, jednoznacznego modelu realizacji zadań z ocenianego zakresu, konieczna wydaje się szczegółowa analiza efektywności programu zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu jego trwania.

Budżet programu wymaga weryfikacji w odniesieniu do założonych kosztów jednostkowych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Całkowity koszt realizacji programu wynosi 5 mln PLN, zaś okres realizacji to lata 2019-2023.



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

Projekt programu wpisuje się w priorytet zdrowotny: „ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji, zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Oceniany projekt pozostaje spójny z II celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020, tj. „profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi”.

W projekcie przedstawiono opis problemu zdrowotnego, jakim są uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Zdefiniowano różne modele używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Wskazano czynniki ryzyka oraz grupy, które mogą być szczególnie narażone na uzależnienia. Odniesiono się również do szkód zdrowotnych powodowanych przez alkohol i inne substancje psychoaktywne.

W projekcie wskazano dane epidemiologiczne w ujęciu globalnym, ogólnopolskim i regionalnym (wskazując badania prowadzone np. w Lublinie, Poznaniu, Białej Podlaskiej).

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), po uwzględnieniu specyficzności leczenia zaburzeń psychicznych, uzależnienia stanowiły największy udział hospitalizacji wśród osób dorosłych w kraju (44% hospitalizacji w skali kraju, dane na grudzień 2014). Leczenie uzależnień dominowało również w świadczeniach udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej (obejmującej poradnie zdrowia psychicznego oraz zespoły leczenia środowiskowego) i stanowiło 30,5% świadczeń profilowanych udzielonych osobom dorosłym.

Zgodnie z wnioskami badania ESPAD 2015 (European School Survey Project on Alcohol and Drugs), dotyczącymi populacji 15-16 lat (młodsza grupa) oraz 17-18 lat (starsza grupa), najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży jest alkohol. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia alkohol piło 83,8% uczniów z młodszej grupy i 95,8% uczniów z starszej grupy, z czego większość przyznawała się do przekraczania progu nietrzeźwości. Stanu silnego upojenia alkoholem doświadczyło, chociaż raz w życiu (36,9%) młodszych i 64,4% starszych uczniów.

Nikotyna jest drugą, co do stopnia rozpowszechnienia, substancją psychoaktywną używaną przez młodzież szkolną. Chociaż raz w życiu paliło 56,2% młodszych uczniów i 71,5% uczniów ze starszej grupy.

Odnosnie innych substancji, to chociaż raz w ciągu całego życia używało marihuany lub haszyszu 25,0% młodszych uczniów i 43,0% starszych uczniów. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych wśród młodszych uczniów jest LSD lub inne halucynogeny (5,5%), a wśród starszych uczniów amfetamina (7,1%). Rozpowszechnienie używania „dopalaczy” wśród młodszej grupy to 10,3%, a wśród starszych uczniów 12,6% (choć raz w ciągu życia).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „ograniczenie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych i społecznych poprzez prowadzenie proponowanych działań profilaktycznych w populacji młodzieży i młodych dorosłych w wieku 15-26 lat na terenie i w okresie trwania Programu”. Główne założenie programu nie jest w pełni zgodne z kryteriami SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. W treści celu głównego pozytywne efekty programu mają stanowić „ograniczenia używania alkoholu i innych

substancji psychoaktywnych”. Nie jest jasne, dlaczego dotyczą one jedynie okresu trwania programu, a nie czasu również po jego zakończeniu. W ocenie eksperta klinicznego, w treści celu głównego, należy doprecyzować, że ograniczenie używania substancji psychoaktywnych odnosi się do grupy młodzieży i młodych dorosłych w wieku 15-26 lat, która korzysta z publicznej ochrony zdrowia (świadczenia lekarza POZ lub pomoc na SOR).

Dodatkowo w projekcie określono 5 celów szczegółowych, które podobnie jak cel główny nie są w pełni zgodne z koncepcją SMART:

- cele szczegółowe dotyczące „zwiększenia wczesnej identyfikacji osób w wieku 15-26...” i „opracowania wytycznych...” odnoszą się do planowanych działań, a nie do zmiany w zachowaniu odbiorców programu.
- założenie szczegółowe dotyczące „zmniejszenia natężenia używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych...” ma być oceniane przy pomocy wskaźnika: „odsetek osób, u których zastosowana krótka interwencja/e okazała się skuteczna (ograniczenie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych) - miernik weryfikowany na podstawie zestawień statystycznych z podmiotów leczniczych realizujących program (na podstawie karty oceny skuteczności krótkiej interwencji) – co najmniej 15%”. Nie jest jasne, czy 15% ma być wynikiem ogólnym (uśrednionym) dla skuteczności programu w różnych grupach odbiorców. Wątpliwość ta wynika z faktu, że celem interwencji wobec osób niepełnoletnich ma być całkowite zaprzestanie picia, a wobec dorosłych – ograniczenie picia. Są to zatem zupełnie różne cele i nie można określić, czy w programie założono, że mają być zrealizowane na tym samym poziomie 15%. Analogiczne wątpliwości wskazano w opinii eksperta klinicznego.
- cel szczegółowy „zwiększenie wiedzy i umiejętności praktycznych personelu POZ oraz szpitali ogólnych...” nie określa dokładnie, jakiego rodzaju wiedzy ma dotyczyć zakładany wzrost. Nie wskazano, czy ma być to wiedza o substancjach psychoaktywnych, czy o prowadzeniu krótkiej interwencji. Zatem powyższa kwestia wymaga doprecyzowania.

W treści projektu programu wskazano 8 mierników efektywności, które częściowo odnoszą się do celów i planowanych działań. W przypadku wskaźników: „liczba wykonanych badań przesiewowych w kierunku stosowania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w POZ, przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych - min. 31 tys.” oraz „liczba osób objętych krótką interwencją w POZ, w tym w przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych – min. 6 tys.” nie jest jasne, co będzie stanowić punkt wyjścia. Ponadto nie określono, czy wyniki będą odnoszone do np. ogólnej populacji, czy też do miejsc, gdzie program nie będzie prowadzony. Dodatkowo, zgodnie z opinią eksperta klinicznego, w programie nie przewidziano czasu na walidację testów przesiewowych, co uniemożliwia wskazanie odpowiedniego testu przesiewowego do stosowania w ramach programu.

Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określane były przed i po realizacji programu i odnosiły się do wszystkich określonych w programie celów. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Reasumując, elementy programu odnoszące się do celów i mierników efektywności wymagają uszczegółowienia i uzupełnienia z zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do dwóch grup odbiorców: osób w wieku 15-26 lat oraz kadry medycznej.

Wskazany w projekcie przedział wiekowy jest zgodny z wytycznymi UNODC 2015. Należy jednak podkreślić, że odnalezione wytyczne nie są spójne w zakresie rozpoczęcia i zakończenia skryningu w kierunku spożycia alkoholu i wykrywania używania narkotyków. Zgodnie z wytycznymi brytyjskimi w populacji dzieci w wieku 16-17 lat rekomendowane jest prowadzenie zwalidowanych testów przesiewowych w ramach wykrywania problemu ze spożywaniem/nadużywaniem alkoholu, zaś w populacji dzieci młodszych (w wieku 10-15 lat) prowadzenie skryningu nie jest zalecane. Natomiast wytyczne amerykańskie rekomendują prowadzenie przesiewu w zakresie uzależnienia od alkoholu

u osób w wieku 9-18 lat. W przypadku stosowania interwencji w zakresie wykrywania zażywania narkotyków wytyczne zalecają przeprowadzanie testów u dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat.

Kryteria kwalifikacji do programu obejmują: wiek (15-26 lat), używanie i nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz zgodę opiekuna prawnego w przypadku osoby nieletniej. Należy podkreślić, iż zgoda na udział w programie powinna stanowić warunek włączenia do programu dla każdego uczestnika, niezależnie od wieku. Warto także podkreślić, mając na uwadze opinię eksperta klinicznego, że kryteria kwalifikacji nie uwzględniają różnic związanych z wiekiem odbiorców programu. Ponadto, w kryteriach kwalifikacji nie odniesiono się również do wskazanych w innej części projektu grup ryzyka, określonych w wytycznych NICE 2017 (tj. osoby, które mają problemy ze zdrowiem psychicznym, są wykorzystywane seksualnie lub molestowane seksualnie, są homoseksualistami, bezrobotnymi, z niskim poziomem wykształcenia oraz osoby nie podejmujące dalszego etapu edukacji, w tym dzieci i młodzież z wysokim poziomem absencji w szkole).

Mając na uwadze kontekst opiniowanego programu i wytyczne w przedmiotowym zakresie, uwzględnienie grup ryzyka w kryteriach włączenia do programu wydaje się zasadne. Kryteria wykluczenia z udziału w programie dotyczą osób w innym wieku niż 15-26 lat oraz stwierdzonego uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Drugi aspekt można stwierdzić dopiero po dokonaniu rozpoznania, zatem każdy pacjent będzie włączany do programu czyli uczestniczyć w badaniu przesiewowym i dopiero na jego podstawie będzie ewentualnie wykluczony np. poprzez skierowanie do placówki specjalistycznej leczenia uzależnień. Zatem, zgodnie z opinią eksperta klinicznego zasadne jest uwzględnienie w kryteriach kwalifikacji aktualnego stanu fizycznego i psychicznego pacjenta. Osoby badane nie powinny być w chwili wykonywania badania przesiewowego i interwencji pod wpływem alkoholu, czy innych substancji psychoaktywnych. Nie mogą być też osobami cierpiącymi z powodu urazów, wypadków, czy innych dolegliwości.

Liczebność populacji docelowej (osoby w wieku 15-26 lat) oszacowano na ok. 5,3 mln osób na podstawie danych GUS za rok 2017 r. Zgodnie z zapisami projektu akcje informacyjno-edukacyjne mogą dotrzeć do ogółu tej populacji (czyli ok. 5,3 mln w całej Polsce). Natomiast świadczenia medyczne (badanie przesiewowe i krótka interwencja) będą kierowane do części osób z tej populacji. Założono, że zostanie przeprowadzonych co najmniej 31 tys. badań przesiewowych i zastosowanych zostanie 6–7 tys. krótkich interwencji w ciągu 3 lat jego realizacji. Przyjęto również, że ok. 10 tys. testów przesiewowych może zostać wypełniona poprzez internet. Jednak nie wskazano na jakiej podstawie przyjęto powyższe założenie, związane z liczbą testów wypełnianych on-line.

Adresatami programu będzie również personel medyczny podmiotów leczniczych POZ, w tym przychodni studenckich oraz szpitali ogólnych, w szczególności pielęgniarki, edukatorzy zdrowia, lekarze pediatrzy/rodzinni/interniści/lekarze innych specjalności pracujący na izbie przyjęć i SOR. Wskazane grupy odbiorców są zgodne z wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Kryteria kwalifikacji w odniesieniu do tej grupy uczestników programu wskazano w sposób prawidłowy. Zgodnie z treścią projektu, program obejmie minimum po 4 tys. osób zatrudnionych w POZ oraz personelu medycznego szpitali ogólnych, w tym izb przyjęć (łącznie 8000 osób). Warunkiem ma być włączanie po 3 osoby z danego podmiotu biorącego udział w programie, przy czym nie uzasadniono ww. warunku.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie 5 rodzajów działań.

Działanie 1: Opracowanie rekomendacji dla placówek zdrowotnych w zakresie profilaktyki i postępowania w przypadku używania i nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez młodzież i młodych dorosłych.

W projekcie wskazano, że celem Działania 1 jest opracowanie jednolitej koncepcji postępowania dla kadr medycznych (niezwiązanych z leczeniem uzależnień) z młodzieżą i młodymi dorosłymi, z ww. problemem. Rekomendacje mają być kierowane w szczególności do: podmiotów leczniczych POZ, w tym przychodni studenckich oraz szpitali ogólnych (IP/SOR). W ramach tego działania mają zostać opracowane (w tym również zwalidowane) narzędzia do przesiewowej oceny używania/nadużywania

alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz krótkie interwencje, a także opracowany algorytm postępowania z taką osobą.

W projekcie wskazano, że nie ma na chwilę obecną dostępnych testów dla populacji dzieci i młodzieży (do 18 r.ż.) uwzględniających łącznie zarówno problematykę alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych. Należy podkreślić, że odnaleziono wytyczne, które w celu wykrywania spożywania alkoholu, zażywania narkotyków oraz palenia tytoniu wskazują za zasadne stosowanie testów S2BI (ang. Screening to Brief Intervention), BSTAD (ang. Brief Screener for Tobacco, Alcohol, and Other Drugs) (dzieci/młodzież w wieku 9-18 lat) oraz testu ASISST (ang. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) (walidacja tylko w populacji dorosłych).

W projekcie wskazano również na brak wytycznych, w jaki sposób identyfikować osoby dorosłe używające problemowo innych niż alkohol substancji psychoaktywnych w warunkach POZ, jak i w szpitalach ogólnych. W tym wypadku zastosowany może być ww. test ASISST.

Z uwagi na brak przedstawienia w tym punkcie opracowanych wytycznych na potrzeby programu, nie jest możliwa ocena poprawności przyjętych ewentualnych założeń względem populacji, wieku, interwencji oraz schematu postępowania.

Działanie 2: Opracowanie i realizacja szkoleń w formie e-learning dla kadry medycznej mającej kontakt z młodzieżą i młodymi dorosłymi używającymi alkohol i inne substancje psychoaktywne.

Zgodnie z zapisami projektu szkolenia będą opracowane i prowadzone przez lekarzy specjalistów psychiatrów, psychologów oraz terapeutów uzależnień. Szkolenia w formie e-learningowej będą składać się z części teoretycznej oraz praktycznej i zostaną zamieszczone na platformie internetowej. Każdy moduł powinien rozpoczynać się i kończyć testem sprawdzającym poziom wiedzy w danym temacie.

Tematyka szkoleń będzie koncentrować się na używaniu i nadużywaniu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (nie uzależnieniu) przez młodzież i młodych dorosłych, możliwych szkodach zdrowotnych, rodzinnych i społecznych z tym związanych, oceną ryzyka używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych metodami screeningu oraz zastosowaniem krótkich interwencji i wytycznych co do dalszego postępowania z pacjentem.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi oraz opiniami ekspertów zasadnym jest prowadzenie kampanii edukacyjnej skierowanej do pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w POZ oraz szpitalach w formie spotkań. Jednakże nie odnaleziono dowodów naukowych potwierdzających zasadność stosowania szkoleń w formie e-learningu.

Działanie 3: Opracowanie merytoryczne kampanii informacyjno-edukacyjnej kierowanej do młodzieży i młodych dorosłych w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Przygotowanie broszur informacyjno-edukacyjnych oraz plakatów kierowanych do młodzieży i młodych dorosłych oraz ich rodzin należeć będzie do zadań realizatorów. Dodatkowo w ramach programu planuje się utworzenie i utrzymanie strony internetowej oraz profilu w mediach społecznościowych, które mają zawierać podstawowe informacje o szkodach zdrowotnych i społecznych powodowanych przez alkohol i inne substancje psychoaktywne, korzyściach związanych z nieużywaniem tych substancji, dostępnych formach i miejscach, gdzie można uzyskać pomoc, kierowane w szczególności do młodzieży i młodych dorosłych oraz ich rodzin. Na stronie internetowej będzie możliwość wykonania testu przesiewowego on-line w kierunku oceny ryzyka używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wraz z jego interpretacją i informacją zwrotną odnośnie proponowanych działań.

Podejmowane działania są zgodne z aktualnymi wytycznymi, według których należy wykorzystywać różne środki przekazu informacji (np. strony internetowe, portale społecznościowe, materiały akcydensowe) w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Działanie 4: Realizacja świadczeń zdrowotnych w placówkach POZ, w tym w przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych

W programie zaplanowano przeprowadzenie porady diagnostycznej (wykonanie testu przesiewowego i krótkiej porady) oraz 2-3 wizyt kontrolnych. W przypadku braku zmian w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych, pacjent zostanie skierowany na specjalistyczne leczenie poza programem. Wszystkie wizyty mają być prowadzone w odstępie 1 miesiąca. W ramach kontroli będzie prowadzona ocena skuteczności poprzednio udzielonej krótkiej interwencji oraz ewentualnie w przypadku stwierdzenia braku skuteczności – udzielenie kolejnej krótkiej interwencji. Podsumowanie oceny skuteczności odnotowywane będzie na karcie kontrolnej, jednak nie określono, kto będzie odpowiedzialny za jej wypełnienie. Działania te będą możliwe do przeprowadzenia podczas bilansów 16 i 18 latka; w przypadku, gdy pacjent zgłosi się do poradni studenckiej oraz w ramach świadczeń oferowanych na izbach przyjęć oraz SOR. Przewiduje się włączanie do programu zarówno, gdy pacjent zgłosi się bezpośrednio do programu lub też w ramach innej zaplanowanej wcześniej wizyty w przychodni. W projekcie oszacowano, że zostanie wykonanych 31 tys. testów przesiewowych oraz ok. 6-7 tys. krótkich interwencji. Jednakże, ze względu na brak określenia rodzajów poszczególnych interwencji i ich zakresów, nie jest możliwe stwierdzenie, czy wskazane szacunki są możliwe do osiągnięcia w ramach programu.

Badanie przesiewowe (test)

Test będzie wykonywany przez lekarza lub inną osobę przeprowadzającą badanie przesiewowe lub wypełniany przez samego badanego (on-line). Jeśli wynik testu przesiewowego nie wykaże u danej osoby ryzyka związanego ze stosowaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu), to zostanie mu udzielona porada dotycząca unikania używek oraz wręczona broszura informacyjno-edukacyjna i uczestnictwo tej osoby w programie kończy się na tym etapie. Jeśli natomiast wynik testu przesiewowego będzie pozytywny, osobie zostaje podczas tej wizyty udzielona pierwsza krótka interwencja.

Szczegółowy scenariusz badania ma zostać opracowany przez realizatora merytorycznego przy uwzględnieniu wytycznych międzynarodowych dotyczących przeprowadzania badania przesiewowego w kierunku alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Zatem obecnie brak jest możliwości określenia poprawności przyjętych założeń względem testu przesiewowego.

W projekcie nie określono rodzaju testu, liczby pytań kierowanych do uczestnika programu. Warto podkreślić, że wytyczne nie wskazują jasno standardu postępowania w zakresie wyboru testów przesiewowych. W przypadku populacji osób dorosłych jak i dzieci w ocenie ryzyka uzależnienia w zakresie alkoholu, narkotyków i tytoniu wytyczne zalecają stosowanie testu ASISST. Inne, kompleksowe narzędzia wskazane w wytycznych to testy S2BI, BSTAD przeznaczone dla osób w wieku 9-18 lat. Zgodnie z wytycznymi, wśród dorosłych i dzieci można stosować także test AUDIT (ang. Alcohol Use Disorders Identification Test) (wersja rozszerzona) lub AUDIT-C (wersja skróconą). Wytyczne polskie wskazują również na możliwość wykorzystania testów CAGE (ang. Cut , Annoyed , Guilty, Eye-opener) oraz MAST (ang. Michigan Alcohol Screening Test) podczas oceny ryzyka uzależnienia od alkoholu wśród osób dorosłych. W populacji dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych ocena ryzyka uzależnienia od alkoholu może być prowadzona przy wykorzystaniu testów CRAFFT (ang. Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble), SASQ (ang. Seligman Attributional Style Questionnaire) lub FAST (ang. Fast alcohol screening test). Brytyjskie wytyczne zalecają test FAST do stosowania na oddziałach ratunkowych. Rekomendowany jest również test organizacji NIAAA ang. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) dotyczący przesiewu u osób w wieku 9-18 lat w zakresie używania alkoholu.

Krótką interwencja

W projekcie zdefiniowano to działanie jako ograniczoną czasowo (zazwyczaj 5-15 min.) empatyczną i ustrukturyzowaną rozmowę, której celem jest to, aby pacjent w bezpośrednim, bezpiecznym kontakcie z autorytetem medycznym uświadomił sobie, jaki jest jego osobisty wzór używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, jak również aby dowiedział się o osobistym ryzyku i zagrożeniach, co może mu pomóc podjąć decyzję o zmianie wzoru używania oraz aby się dowiedział jakimi metodami może ten cel osiągnąć. W programie zaplanowano przeprowadzenie krótkiej

interwencji zarówno podczas wizyty diagnostycznej (po uzyskaniu pozytywnego wyniku testu przesiewowego) oraz na ewentualnych, kolejnych 2 lub 3 wizytach kontrolnych.

Zasadność stosowania krótkiej interwencji w odniesieniu do redukcji spożycia alkoholu w porównaniu z brakiem interwencji potwierdzają wyniki odnalezionego przeglądu systematycznego (O'Connor 2018).

Wytyczne USPSTF 2018 w odniesieniu do populacji osób dorosłych zalecają prowadzenie tzw. krótkich interwencji w zakresie poradnictwa behawioralnego w celu ograniczenia niezdrowych zachowań związanych ze spożyciem alkoholu. Według wytycznych krótka interwencja powinna trwać od 20 do 30 min. (wytyczne polskie wskazują 15-20 min.) i powinna zawierać elementy wywiadu motywującego do redukcji spożywania alkoholu, ograniczenia zachowań ryzykownych w wyniku picia alkoholu, a także rozważenia abstynencji.

Wytyczne polskie zaznaczają przy tym, że krótka interwencja powinna być udzielona: mężczyznom, którzy w teście AUDIT uzyskali 16-19 punktów lub których spożycie wynosi 350 g i więcej alkoholu tygodniowo; kobietom, które w teście AUDIT uzyskały 16-19 punktów lub których spożycie wynosi 210 g i więcej alkoholu tygodniowo. Sesje terapeutyczne powinny być prowadzone przez co najmniej 3 miesiące. Liczba spotkań zależy od danego pacjenta jednak nie powinna przekraczać 4.

W przypadku populacji dzieci i młodzieży wytyczne nie są spójne. W ramach wytycznych USPSTF 2018 stwierdzono, że obecne dowody są niewystarczające aby móc ocenić bilans korzyści i szkód wynikających z prowadzenia badań przesiewowych i krótkich interwencji w zakresie poradnictwa behawioralnego na temat spożywania alkoholu u młodzieży w wieku od 12 do 17 lat. Z kolei wytyczne NICE 2010 wskazują, że u osób w wieku 16-17 lat można przeprowadzić krótką interwencję w ramach wykrywania problemu ze spożywaniem/nadużywaniem alkoholu. Badana osoba musi wyrazić zgodę. W podobnym tonie zostały opublikowane wytyczne NIAAA 2015, w których zaznaczono, że w przypadku osób niepełnoletnich z grupy wysokiego ryzyka (po ocenie ryzyka na podstawie testu przesiewowego) powinna być wykorzystywana także krótka interwencja oraz wskazanie ścieżki postępowania w ramach pogłębionej diagnostyki i leczenia.

W przypadku uzależnienia od narkotyków wytyczne nie są spójne. W ramach rekomendacji USPSTF 2014 zaznaczono, że obecne dowody są niewystarczające aby móc ocenić bilans korzyści i szkód wynikających z prowadzenia krótkich interwencji behawioralnych (indywidualne poradnictwo, krótkie filmy instruktażowe, broszury, wysyłanie e-maili) odnoszących się do prewencji oraz redukcji zażywania narkotyków przez młodzież i dzieci poniżej 18 r.ż. Odmienne wnioski zostały zawarte w wytycznych UNODC 2015 (populacja 15-25 lat). Wskazuje się, że zalecany schemat spotkań to 1-4 sesje. Natomiast wytyczne NICE 2018, NICE 2017 wspominają o 2 sesjach. Czas trwania to 5-15 minut. Zaleca się żeby krótkie interwencje miały usystematyzowany charakter (UNODC 2015).

Zaplanowane działania tj. prowadzenie testów przesiewowych, krótkiej interwencji oraz przekazania dalszych zaleceń np. w kwestii skierowania na poszerzoną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną stanowi kompleksowy schemat SBIRT, który jest rekomendowany przez USPSTF 2018, AAP 2015, AAP 2016. Można zatem przyjąć, że po uwzględnieniu powyższych uwag prezentowany schemat będzie tożsamy z kompleksowym podejściem prezentowanym w ramach schematu SBIRT.

Działanie 5: Akcje edukacyjno-informacyjne o zasięgu regionalnym kierowane do młodzieży i młodych dorosłych, w tym grup będących w sytuacjach zwiększonego ryzyka używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin:

W projekcie zaplanowano dystrybucję broszury informacyjno-edukacyjnej oraz plakatów w miejscach, gdzie przebywa młodzież i młodzi dorośli, w tym m.in. w: szkołach, uczelniach wyższych, akademikach, klubach, pubach, dyskotekach, festiwalach, koncertach, placówkach ochrony zdrowia. Zaplanowano również prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej w lokalnym środowisku, obejmujących co najmniej: działania prowadzone w mediach lokalnych, szkołach, uczelniach wyższych, placówkach zdrowia.

Powyższe działania są zgodne z rekomendacjami NICE 2018, NICE 2017. Natomiast zasadność prowadzenia działań edukacyjnych podważają wytyczne WHO 2012. WHO stwierdza się, że szkolne

programy informacyjne i edukacyjne nie prowadzą do trwałych zmian zachowań w przypadku zmniejszenia ryzyka sięgania po alkohol oraz redukcji stosowania alkoholu. Dodatkowo stwierdza się brak dowodów wskazujących na trwałość zmian zachowań w kontekście prowadzenia programów edukacyjnych dla rodziców jak i całego społeczeństwa.

Z tytułu Działania 5 wynika, że edukacja będzie również kierowana do rodzin dzieci/młodych dorosłych. Jednak Nie wskazano szczegółów w tym zakresie. Na konieczność włączenia rodziców dzieci do działań edukacyjnych zwracali również uwagę eksperci kliniczni zaznaczając istotny wpływ rodziców w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

W ramach obecnego postępowania w Polsce prowadzone są działania zgodnie z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020. Zawarte są w nim odniesienia do programów dotyczących przeciwdziałaniu alkoholizmowi, narkomanii oraz paleniu wyrobów tytoniowych. Warto zaznaczyć, że działania zawarte w poszczególnych programach są zbieżne w wielu aspektach z ocenianym programem. Poza działaniami zawartymi w ramach programu narodowego, prowadzone są interwencje w postaci programów szkolnych.

Reasumując, interwencje i działania zaplanowane w ramach opiniowanego programu znajdują odzwierciedlenie w aktualnych wytycznych w przedmiotowym zakresie. Jednak zapisy programu wymagają doprecyzowania i uzupełnienia zgodnie z powyższymi uwagami.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że są to istotne elementy programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu jego przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Zgodnie z zapisami projektu wskaźniki monitorowania oraz oczekiwane efekty realizacji programu będą poddane szczegółowej analizie epidemiologicznej i statystycznej. Nie uszczegółowiono jednak zakresu poszczególnych wskaźników stosowanych podczas monitorowania, co wymaga korekty.

Mierniki zaproponowane w ramach oceny zgłaszalności są poprawne. Jednak należy pamiętać, aby w ramach oceny zgłaszalności monitorować również liczbę/odsetek osób, które zrezygnowały/nie zakwalifikowały się do udziału w programie ze wskazaniem przyczyny.

Ocena jakości świadczeń będzie oceniona za pomocą ankiety satysfakcji zarówno wśród pacjentów jak i personelu medycznego, co jest podejściem prawidłowym. Przy czym do projektu nie dołączono wzoru poszczególnych ankiet, zatem nie była możliwa weryfikacja ich treści.

Ocena efektywności ma wykorzystywać mierniki efektywności odpowiadające celom programu. Jeden z mierników ma również dotyczyć „liczby pracowników ochrony zdrowia (z placówek POZ, w tym przychodni studenckich, szpitali ogólnych, którzy skorzystali ze szkolenia w formie e-learning – co najmniej po 3 osoby z danego podmiotu biorącego udział w programie”. Należy zaznaczyć, że analogiczny miernik został wykorzystany w ocenie zgłaszalności. Ponadto w opinii eksperta klinicznego brakuje precyzyjnie zdefiniowanych wskaźników, które dotyczyłyby używania substancji psychoaktywnych. Stwierdzenie, że skuteczność interwencji będzie mierzona „(...) ograniczeniem natężenia przyjmowania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (...)” bez definicji natężenia przyjmowania każdego rodzaju substancji psychoaktywnych, jest niewystarczające. W ramach wskaźników nie zawarto informacji co będzie stanowić punkt odniesienia. Powyższe kwestie wymagają uzupełnienia.

Należy podkreślić, iż z uwagi na brak rekomendowanego przez wytyczne kliniczne, jednoznacznego modelu realizacji zadań z ocenianego zakresu, konieczna wydaje się szczegółowa analiza efektywności programu zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu jego trwania.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera opis planowanych działań oraz etapów podejmowanych w ramach programu. Realizatorzy zostaną wybrani na podstawie konkursu ofert, co jest zgodne

z obowiązującymi przepisami prawa. Opisano kompetencje oraz warunki niezbędne do realizacji programu.

W programie zaplanowano powołanie Rady Programu, która będzie odpowiedzialna za opracowanie formularzy do zestawień statystycznych z placówek realizujących program, ocenę realizacji wdrażanych działań programu, nadzór nad prowadzeniem systemu monitorowania uczestników programu, ewaluację programu wraz z przygotowaniem raportu końcowego. W skład Rady Programu wejdzie po jednej osobie od każdego realizatora.

Zakończenie udziału w programie będzie następować na etapie uzyskania negatywnego wyniku testu przesiewowego. Jeżeli pacjent uzyska wynik pozytywny to przy kolejnych wizytach kontrolnych (jeśli zostanie stwierdzona skuteczność krótkiej interwencji), zostanie wyłączony z programu. W przypadku braku skuteczności krótkiej interwencji po odbytych 2 wizytach kontrolnych, pacjent zostanie skierowany do leczenia specjalistycznego poza programem.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 5 mln zł. Udział procentowy poszczególnych działań zaplanowanych w ramach projektu wynosi: realizacja świadczeń medycznych w placówkach POZ, w tym przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych – ok. 52% (w tym koszt samych świadczeń i koszt obsługi świadczeń w ramach Programu w POZ, szpitalach); akcje informacyjno-edukacyjne o zasięgu regionalnym – ok. 18%; koszty pośrednie (zarządzanie projektami, obsługa administracyjna itp.) – ok. 20%; działania edukacyjne obejmujące opracowanie rekomendacji, opracowanie i wdrożenie szkoleń w postaci e-learning, opracowanie i realizacji działań informacyjno-edukacyjnych na poziomie ogólnopolskim – strona www, profil w mediach społecznościowych, broszura informacyjno-edukacyjna oraz plakat zostanie przeznaczone ok. 10% budżetu programu.

Przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych działań w zakresie interwencji medycznych: wizyta diagnostyczna z oceną przesiewową (POZ, przychodnie studenckie, szpitale ogólne) – 60 zł/os., wizyta diagnostyczna z oceną przesiewową i krótką interwencją (POZ, przychodnie studenckie, szpitale ogólne) – 75 zł/os., wizyta kontrolna (POZ, przychodnie studenckie) – 60 zł. W opinii eksperta klinicznego, biorąc pod uwagę stawki za badanie przesiewowe (5 zł) i krótką interwencję (40 zł), wprowadzone w ramach projektu ODHIN 2014, przyjęte wartości kosztów jednostkowych wydają się być zawyżone. Zatem sugeruje się weryfikację założonych kwot kosztów jednostkowych.

W projekcie wskazano, że koszt przypadający na jednego uczestnika to ok. 160 zł. Należy zaznaczyć, że w programie będą brać udział niejednorodne grupy osób tj. pacjenci oraz personel medyczny. Nie jest zatem możliwe wskazanie jednego kosztu dla dwóch odmiennych grup, do których będą kierowane odrębne interwencje.

Program ma być współfinansowany ze środków ze środków europejskich w ramach V osi Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. W projekcie nie określono wysokości kosztów bezpośrednich ani pośrednich.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Problem zdrowotny stanowi uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez młodzież i młodych dorosłych. Uzależnienie to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi ICD-10, aby stwierdzić zespół uzależnienia muszą być spełnione łącznie przynajmniej trzy z niżej wymienionych kryteriów:

- potrzeba zażywania substancji o charakterze przymusu;
- obniżona zdolność kontroli odnośnie do ilości, początku, zakończenia;
- somatyczny zespół abstynencyjny;
- wykazana tolerancja;
- narastające zaniedbywanie innych zajęć, poświęcanie coraz więcej czasu na zdobycie, konsumpcję, odpoczywanie po jej następstwach;

- utrzymujące się używanie substancji mimo wyraźnie szkodliwych skutków uświadamianych sobie przez konsumenta.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem poszczególnych substancji psychoaktywnych są kodowane w ICD-10 w rozpoznaniu od F10 do F18. Kod F19 odnosi się natomiast do przyjmowania wielu substancji psychoaktywnych, czyli sytuacji popularnie nazywanej uzależnieniem mieszanym.

Badania Fundacji Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS 2015) wskazują, że jednym z ważniejszych czynników różnicujących używanie substancji psychoaktywnych jest wiek. Z badania EZOP 2012 (Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej) wynika, że rozpowszechnienie uzależnienia od alkoholu w ciągu życia w Polsce wynosi ok. 2,2% populacji. Grupa ludzi pijących kiedykolwiek w ciągu życia szkodliwie, stanowi natomiast ponad 10% populacji ludzi dorosłych w naszym kraju. Na szkody zdrowotne i społeczne narażonych jest więc ok. 4 mln. osób. W odniesieniu do narkotyków, wyniki EZOP wskazują, że liczba osób mających z nimi styczność przekracza 1 milion osób w Polsce. Dominującym narkotykiem są przetwory konopi (marihuana i haszysz - ok. 90%). Badanie EZOP dotyczyło dorosłej populacji mieszkańców Polski (18-64 lata).

Na podstawie danych GUS 2017 w warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2016 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się ponad 1,6 mln osób.

W 2016 r. w ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakładach MONAR leczyło się 8,4 tys. osób, a w ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego 13,3 tys. osób.

Alternatywne świadczenia

W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, w Polsce funkcjonują programy z zakresu uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, tj. Krajowy program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386), leczenie uzależnień obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych. Podobnie świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu, krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych oraz świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych obejmujące długoterminową rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol) i działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych znajdują się w ww. wykazie.

W ramach POZ prowadzone są bilanse 14, 16 oraz 18 latków, podczas których udziela się poradnictwa w zakresie prozdrowotnego stylu życia. Jeżeli u osoby zostanie zdiagnozowane uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych to ma ona możliwość skorzystania ze świadczeń w warunkach domowych, ambulatoryjnych lub stacjonarnych w ramach AOS.

W Polsce istnieją też telefony zaufania dla osób uzależnionych („Pomarańczowa Linia”, „Narkotyki – Narkomania”).

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono następujące rekomendacje kliniczne:

- US Preventive Services Task Force USPSTF 2018, USPSTF 2014, USPSTF 2013 (Stany Zjednoczone),

- National Institute for Health and Care Excellence NICE 2018, NICE 2017, NICE 2010 (Wielka Brytania),
- American Academy of Pediatrics AAP 2015, AAP 2016 (Stany Zjednoczone),
- United Nations Office on Drugs and Crime UNODC 2015 (międzynarodowe),
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism NIAAA 2015 (międzynarodowe),
- Royal College of General Practitioners RCGP 2012 (Wlk. Brytania),
- World Health Organization WHO 2012, WHO 2010 (międzynarodowe).
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych PARPA 2009 (Polska),
- Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii KBPN 2008 (Polska).

Poniżej przedstawiono podsumowanie wytycznych klinicznych w odniesieniu do następujących kwestii:

Grupy ryzyka (narkotyki):

Grupy zagrożone nadużywaniem narkotyków to osoby, mające problemy ze zdrowiem psychicznym, wykorzystywane seksualnie lub molestowane seksualnie, czerpiące korzyści materialne z nierządu, będące homoseksualistami, bezrobotne, z niskim poziomem wykształcenia oraz osoby nie podejmujące dalszego etapu edukacji (w tym dzieci i młodzież z wysokim poziomem absencji w szkole), których opiekunowie lub rodzice zażywają narkotyki, mające kontakt z grupami przestępczymi, przebywające w zakładach karnych, bezdomne, które często uczęszczają do nocnych klubów, które zażywają narkotyki sporadycznie lub rekreacyjnie (NICE 2018, NICE 2017).

Zasadność prowadzenia testów przesiewowych w populacji dorosłych:

Stosowanie kompleksowych testów:

Zaleca się wykorzystanie testu ASISST w celu określenia ryzyka sięgania po alkohol/narkotyki/tytoń oraz redukujących używanie tych substancji. Stanowi on podstawę do dalszych interwencji w przypadku umiarkowanego lub wysokiego ryzyka związanego z zażywaniem substancji psychoaktywnych. Test trwa od 5 do 15 minut, zatem test może być wykonywany w trakcie trwania zaplanowanej wcześniej wizyty lekarskiej (WHO 2012).

Nadużywanie alkoholu:

Zaleca się prowadzenie badań przesiewowych w kierunku wykrywania uzależnienia od alkoholu. Skryning powinien być prowadzony w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej dla dorosłych w wieku 18 lat lub starszych, w tym kobiet w ciąży (UPPSTF 2018).

Zaleca się stosowanie testów przesiewowych: AUDIT-C oraz testy SASQ, CAGE i ASISST (test dotyczący zażywania alkoholu, narkotyków, tytoniu) (USPSTF 2018, NICE 2010, WHO 2012, PARPA 2009). Testem rekomendowanym może być również AUDIT (dłuższa wersja testu AUDIT-C) oraz FAST. W przypadku testu FAST jest on rekomendowany do stosowania na oddziałach ratunkowych (NICE 2010). Wytyczne PARPA 2009 rekomendują stosowanie również testu MAST.

Stosowanie krótkich porad w populacji dorosłych:

Po przeprowadzonym teście przesiewowym w kierunku nadużywania alkoholu należy zaproponować osobie krótką poradę trwającą od 5 do 15 min. Porada powinna zawierać elementy odnoszące się do przedstawienia potencjalnych szkód, które może powodować spożywanie alkoholu oraz metod pomocnych redukujących spożycie alkoholu (NICE 2010, PARPA 2009).

Stosowanie krótkich interwencji w populacji dorosłych:

Nadużywanie alkoholu:

W ramach skryningu zaleca się prowadzenie tzw. krótkich interwencji w zakresie poradnictwa behawioralnego w celu ograniczenia niezdrowych zachowań związanych ze spożyciem alkoholu (USPSTF 2018). Krótka interwencja powinna trwać od 20 do 30 minut (15-20 min. – PARPA 2009) i powinna zawierać elementy wywiadu motywującego do redukcji spożywania alkoholu, ograniczenia zachowań ryzykownych w wyniku picia alkoholu, a także rozważenia abstynencji. (NICE 2010, WHO 2010, PARPA 2009).

Wytyczne PARPA 2009 zaznaczają, że krótka interwencja powinna być udzielona: mężczyznom, którzy w teście AUDIT uzyskali 16-19 punktów lub których spożycie wynosi 350 g i więcej alkoholu tygodniowo; kobietom, które w teście AUDIT uzyskały 16-19 punktów lub których spożycie wynosi 210 g i więcej alkoholu tygodniowo.

Sesje terapeutyczne powinny być prowadzone przez co najmniej 3 miesiące. Liczba spotkań zależy od danego pacjenta jednak nie powinna przekraczać 4 (PARPA 2009).

Zażywanie narkotyków:

Zaleca się przeprowadzenie krótkiego wywiadu z określeniem powodów dla których dana osoba ma problem z narkotykami lub alkoholem (NICE 2018, NICE 2017, WHO 2010).

W trakcie wywiadu należy wypytać pacjenta o rodzaj zażywanych narkotyków oraz częstotliwość z jaką są one używane (NICE 2018, NICE 2017).

Stosowanie krótkiej interwencji powinno trwać do 4 sesji. Czas jednego spotkania nie powinien przekraczać 30 minut (USPSTF 2018).

Należy z pacjentem przedyskutować jego cele na przyszłość i ewentualnie zalecić mu dalsze postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w przypadku gdy pacjent będzie wykazywać tendencję do pogłębiania się stanu związanego z zażywaniem narkotyków (NICE 2018, NICE 2017).

Informacje na temat skutków ubocznych zażywania narkotyków powinny być udostępniane w: klubach/dyskotekach, siłowniach, w jednostkach POZ, poradniach zdrowia seksualnego i psychicznego, w hostelach/hotelach lub w miejscach gdzie przebywają osoby bez stałego miejsca zameldowania (NICE 2018, NICE 2017).

Stosowanie kompleksowej interwencji SRIBT:

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej stosowany jest także schemat SRIBT czyli wykorzystanie kompleksowej interwencji polegającej na wykonaniu testu przesiewowego, krótkiej interwencji oraz przekazania dalszych zaleceń np. w kwestii skierowania na poszerzoną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną (USPSTF 2018, AAP 2015, AAP 2016).

Zasadność prowadzenia testów przesiewowych w populacji dzieci/młodzieży:

Stosowanie kompleksowych testów:

Zaleca się wykorzystywanie testów w celu wykrywania spożywania alkoholu, zażywania narkotyków oraz palenia tytoniu w populacji dzieci i młodzieży: S2BI, BSTAD (dzieci/młodzież w wieku 9-18 lat), GAIN (AAP 2015, AAP 2016).

Zaleca się wykorzystanie testu ASISST w celu określenia ryzyka sięgania po alkohol/narkotyki/tytoń oraz redukujących używanie tych substancji. Stanowi on podstawę do dalszych interwencji w przypadku umiarkowanego lub wysokiego ryzyka związanego z zażywaniem substancji psychoaktywnych. Test trwa od 5 do 15 minut, zatem test może być wykonywany w trakcie trwania zaplanowanej wcześniej wizyty lekarskiej (WHO 2012).

Spożywanie alkoholu:

W populacji dzieci w wieku 10-15 lat może być prowadzony wywiad z dzieckiem w ramach wykrywania problemu ze spożywaniem/nadużywaniem alkoholu. Nie wskazuje się na zasadność prowadzenia typowego testu przesiewowego i krótkiej interwencji (NICE 2010).

W populacji dzieci w wieku 16-17 lat rekomendowane jest prowadzenie zwalidowanych testów przesiewowych w ramach wykrywania problemu ze spożywaniem/nadużywaniem alkoholu. Zaleca się stosowanie testu AUDIT (NICE 2010, AAP 2015, AAP 2016, RCGP 2012). W przypadku ograniczenia czasowego można przeprowadzić skróconą wersję testu tzn. AUDIT-C lub innego testu: CRAFFT, SASQ lub FAST. W przypadku testu FAST jest on rekomendowany do stosowania na oddziałach ratunkowych (NICE 2010, RCGP 2012). Rekomendowany jest również test organizacji NIAAA dotyczący przesiewu u osób w wieku 9-18 lat (NIAAA 2015, AAP 2015, AAP 2016).

Zażywanie narkotyków:

Lekarze POZ oraz pielęgniarki powinni być przeszkoleni w celu przeprowadzenia testów przesiewowych pod kątem zażywania narkotyków np. testu CRAFFT, charakteryzującego się odpowiednią czułością i swoistością. Test należy przeprowadzać u dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat (NICE 2018, NICE 2017, AAP 2015, AAP 2016).

Dzieci i młodzież powinny być poddawane raz w roku testowi przesiewowemu pod kątem zażywania narkotyków (NICE 2018, NICE 2017).

Zaleca się prowadzenie testów PUN i PUM pod kątem zażywania narkotyków przez nastolatków. Są szczególnie przydatne w pracy pedagogów szkolnych, terapeutów uzależnień oraz psychologów z poradni psychologiczno-pedagogicznych. Ze względu na specyfikę placówki i charakter pracy, testy mają mniejsze zastosowanie w ochronie zdrowia, w działaniach pielęgniarek szkolnych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pracowników poradni zdrowia psychicznego (KBPN 2008).

Stosowanie krótkich porad w populacji dzieci/młodzieży:

Bez względu na ryzyko, każda z osób otrzymać powinna krótką poradę odnoszącą się do skutków spożywania alkoholu. W przypadku osób z umiarkowanym ryzykiem dodatkowo oferowana powinna porada motywująca. (NIAAA 2015).

Stosowanie krótkich interwencji w populacji dzieci/młodzieży:

Ogólne zalecenia w zakresie środków psychoaktywnych (UNODC 2015):

Zaleca się stosowanie krótkich interwencji w zakresie środków psychoaktywnych (w tym tytoniu i alkoholu), które powinny składać się z indywidualnych spotkań, które zawierają sesje podsumowujące oraz materiały informacyjne do zapoznania się z nimi w domu. Jest ona prowadzona przez odpowiednio przygotowanych specjalistów (pracowników socjalnych, psychologów, lekarzy). W ramach pierwszej sesji należy zdefiniować problem związany z używaniem substancji psychoaktywnych czyli przeprowadzić ocenę ryzyka.

Sesje powinny trwać od 5 do 15 minut i mieć usystematyzowany charakter.

Krótkie interwencje mogą być też oparte o działania motywujące. Jeżeli interwencja zawiera elementy motywacyjne to można zastosować od 1 do 4 sesji. Wtedy też jedno spotkanie może trwać do godziny.

Zaleca się, żeby podstawowym miejscem udzielania krótkiej interwencji były placówki POZ. Możliwe jest również prowadzenie tego typu działań na oddziałach ratunkowych oraz w szkołach.

Powyższe działania są rekomendowane osobom w wieku do 15 do 25 r.ż.

Spożywanie alkoholu:

Obecne dowody są niewystarczające, aby móc ocenić bilans korzyści i szkód wynikających z prowadzenia badań przesiewowych i krótkich interwencji w zakresie poradnictwa behawioralnego na temat spożywania alkoholu u młodzieży w wieku od 12 do 17 lat (I) (USPSTF 2018).

U osób w wieku 16-17 lat można przeprowadzić krótką interwencję w ramach wykrywania problemu ze spożywaniem/nadużywaniem alkoholu. Badana osoba musi wyrazić zgodę. Podczas rozmowy należy uświadamiać osobę o możliwych wzorcach, ryzyku i zagrożeniach spożywania alkoholu.

W trakcie krótkiej interwencji warto jest również przedstawić rodzaje metod, dzięki którym możliwa będzie zmiana zachowań na prozdrowotne. Należy motywować młodzież do zmiany zachowań (NICE 2010).

Wytyczne NIAAA 2015 określają, że w przypadku osób z grupy wysokiego ryzyka (po ocenie ryzyka na podstawie testu przesiewowego) powinna być wykorzystywana także krótka interwencja oraz wskazanie ścieżki postępowania w ramach pogłębionej diagnostyki i leczenia.

Zażywanie narkotyków:

Obecne dowody są niewystarczające aby móc ocenić bilans korzyści i szkód wynikających z prowadzenia krótkich interwencji behawioralnych (indywidualne poradnictwo, krótkie filmy instruktażowe, broszury, wysyłanie e-maili) odnoszących się do prewencji oraz redukcji zażywania narkotyków przez młodzież i dzieci poniżej 18 r.ż. (USPSTF 2014).

Dzieci powinny otrzymywać krótkie porady w formie spotkań terapeutycznych mobilizujące je do prowadzenia zdrowego trybu życia (w tym porady w zakresie skutków zażywania narkotyków). W przypadku młodzieży i młodych dorosłych osób należy rozważyć wykorzystywanie innych dostępnych behawioralnych metod interakcji. Ćwiczenia powinny być również oferowane rodzicom i opiekunom prawnym dzieci. Dziecko powinno odbyć minimum 2 sesje terapeutyczne (NICE 2018, NICE 2017). Wytyczne UNODC 2015 kierują krótka interwencje do osób w wieku do 15 do 25 r.ż.. Zalecany schemat spotkań to 1-4 sesje. Powinny one trwać od 5 do 15 minut i mieć usystematyzowany charakter (UNODC 2015).

Palenie tytoniu:

Zaleca się prowadzenie interwencji w ramach POZ przez lekarzy w postaci edukacji lub krótkich interwencji w celu zapobiegania palenia tytoniu u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (USPSTF 2013).

Interwencje w zakresie poradnictwa behawioralnego, takie jak: rozmowy indywidualne, rozmowy telefoniczne, broszury i aplikacje komputerowe, mogą zmniejszyć ryzyko inicjacji palenia tytoniu u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym i nastolatków (USPSTF 2013).

Skierowanie na dalsze leczenie:

Jeżeli osoba nie podejmuje chęci współpracy przy poradeniu sobie z nadużywaniem alkoholu, a dotychczasowe interwencje nie przynoszą oczekiwanego rezultatu, należy skierować daną osobę na specjalistyczne leczenie odwykowe. Dotyczy to osób w wieku powyżej 16 r.ż. (NICE 2010).

Kadra odpowiedzialna za prowadzenie profilaktyki:

Lekarze POZ, pielęgniarki środowiskowe, pracownicy socjalni, pracownicy szpitali, specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego, specjaliści ds. przeciwdziałania narkomanii i alkoholizmowi, kuratorzy sądowi powinni udzielać informacji na temat lokalnych usług związanych z poradnictwem i wsparciem osób dorosłych, którzy zostali ocenieni jako osoby podatne na nadużywanie narkotyków (NICE 2018, NICE 2017, RACGP 2012, WHO 2010, PARPA 2009).

Szkolenie personelu:

Personel medyczny (POZ) lub osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą powinny zostać przeszkolone i posiadać kompetencje aby móc: przeprowadzić ocenę ryzyka, zidentyfikować osoby zagrożone, wdrożyć w razie potrzeby dodatkowe narzędzia w formie testów przesiewowych oraz krótkich interwencji/krótkich porad, skierować w trybie pilnym daną osobę do specjalisty w zakresie uzależnień (NICE 2018, NICE 2017, NICE 2010, RACGP 2012).

Działania edukacyjne:

Szkolne programy informacyjne i edukacyjne nie prowadzą do trwałych zmian zachowań w przypadku zmniejszenia ryzyka sięgania po alkohol oraz redukcji stosowania alkoholu (WHO 2012).

Brak dowodów wskazujących na trwałość zmian zachowań w kontekście prowadzenia programów edukacyjnych dla rodziców jak i całego społeczeństwa (WHO 2012).

Interwencje w zakresie poradnictwa behawioralnego, takie jak: rozmowy indywidualne, rozmowy telefoniczne, broszury i aplikacje komputerowe, mogą zmniejszyć ryzyko inicjacji palenia tytoniu u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym i nastolatków (USPSTF 2013).

Prowadzenie skryningu w kierunku zażywania substancji psychoaktywnych stanowi odpowiedni moment na przeprowadzenie działań edukacyjnych w zakresie ryzyka związanego z niebezpiecznym spożywaniem alkoholu lub innych substancji (NICE 2010).

Zaleca się żeby działania edukacyjne były prowadzone przez lekarza POZ oraz pielęgniarkę, pielęgniarkę szkolną lub edukatora (NICE 2018, NICE 2017).

Formy przekazu informacji:

Należy wykorzystywać różne środki przekazu informacji na temat skutków zażywania narkotyków. Zalicza się do nich strony internetowe, portale społecznościowe, materiały akcydensowe (NICE 2018, NICE 2017).

W ramach przeprowadzonej analizy skuteczności i bezpieczeństwa odnaleziono 3 przeglądy systematyczne:

- O'Connor 2018 – celem przeglądu była ocena skuteczności i ewentualnych szkód związanych z prowadzeniem badań przesiewowych i krótkich interwencji w zakresie nadużywania alkoholu w populacji osób niepełnoletnich i dorosłych w grupach wiekowych: nieletni (12-18 lat), młodzi dorośli (18-25 lat), dorośli (powyżej 18 lat). Do przeglądu włączono 113 badań, w których brało udział 314 466 pacjentów.

Stosowanie testu AUDIT-C

W przypadku młodzieży (12-18 lat), tylko jedno badanie (liczba pacjentów - 225) odnosiło się do oceny skuteczności testu przesiewowego AUDIT-C. Czulość testu wyniosła 0,73 (95% CI, 0,60-0,83), a swoistość 0,81 (95% CI, 0,74-0,86).

W populacji osób dorosłych wyniki włączonych badań wskazywały na czulość testu AUDIT-C na poziomie od 0,73 do 0,97 dla kobiet (95% CI, [0,60-0,99]) i od 0,82 do 1,0 dla mężczyzn (95% CI, [0,75 do 1,0]).

Stosowanie testu AUDIT

Na podstawie włączonych badań, w ogólnej populacji osób dorosłych, czulość testu wahała się od 0,38 do 0,73 (95% CI, [0,33-0,84]). Test odznaczał się wysokim poziomem swoistości (zakres od 0,89 do 0,97 (95% CI, [0,84-0,98])). Wykazano dość wysoką czulość testu u wyodrębnionej populacji młodych osób dorosłych wynoszącą 0,82 (95% CI, [0,73-0,89]).

Stosowanie krótkich interwencji

Wyniki przeprowadzonej metaanalizy (punkt końcowy związany z liczbą wypitych porcji alkoholu w tygodniu) wskazują na istotną statystycznie redukcję spożycia o ok. 1,6 porcji w ogólnej populacji po zastosowaniu krótkiej interwencji vs. brak interwencji (średnia ważona różnic WMD=-1,59 95% CI, [-2,15, -1,03]). W przypadku młodych dorosłych spożywano o 0,9 mniej porcji alkoholu w tygodniu (wynik istotny statystycznie WMD=-0,86 95% CI, [-1,29, -0,43]). W populacji nieletnich osób redukcja była wyższa i wynosiła ok. 1,8 porcji (WMD=-1,83 95% CI, [-6,45, 2,78]), przy czym wynik nie był istotny statystycznie. W przypadku punktu końcowego dotyczącego liczby ciężkich epizodów upojenia alkoholowego, wyniki metaanalizy badań wykazały redukcję liczby wskazanych epizodów w populacji nieletnich osób po zastosowaniu krótkiej interwencji vs. brak interwencji (iloraz szans OR=0,55, 95% CI, [0,22, 1,34]) oraz w populacji młodych dorosłych (OR=0,81, 95% CI, [0,63, 1,05]), przy czym wyniki nie były istotne statystycznie.

- Fanshawe 2017 – celem przeglądu była ocena skuteczności i interwencji behawioralnych w celu rzucenia palenia wśród młodych osób w populacji osób w wieku poniżej 20 lat. Do przeglądu włączono 22 badania obejmujące łącznie 7 323 uczestników.

Stosowanie wsparcia grupowego

Wyniki metaanalizy badań wskazują, że stosowanie wsparcia grupowego u osób w wieku poniżej 20 lat (rozmowy ze specjalistą ds. uzależnień prowadzone w klasach) istotnie statystycznie wpływało na zmniejszenie liczby osób palących tytoń w 6 miesięcznym okresie obserwacji w porównaniu do krótkich rozmów telefonicznych lub braku interwencji (ryzyko względne RR= 1,35, 95% CI, [1,03-1,77]).

Stosowanie wsparcia indywidualnego:

Na podstawie metaanalizy badań stwierdzono, że stosowanie wsparcia indywidualnego u osób w wieku poniżej 20 lat (rozmowy ze specjalistą ds. uzależnień trwające 35-40 min., rozmowy telefoniczne trwające od 15 do 20 min., wysyłanie wiadomości tekstowych w formie SMS) wpływało w niewielkim stopniu na zmniejszenie liczby osób palących tytoń w 6 miesięcznym okresie obserwacji w porównaniu do krótkich rozmów telefonicznych lub braku interwencji (RR= 1,07, 95% CI, [0,83-1,39]), przy czym wynik nie był istotny statystycznie.

Stosowanie wsparcia komputerowego:

Zgodnie z wynikami metaanalizy stosowanie wsparcia komputerowego u osób w wieku poniżej 20 lat (wysyłanie 10-12 maili w przeciągu 6 mies.) nie wpływało na zmniejszenie liczby osób palących tytoń w 6 miesięcznym okresie obserwacji w porównaniu do krótkich rozmów telefonicznych lub braku interwencji (RR= 0,79, 95% CI, [0,50-1,24]), przy czym wynik nie był istotny statystycznie.

- Patnode 2013 – celem przeglądu była ocena skuteczności interwencji behawioralnych skierowanych do dzieci i młodzieży w celu zapobiegania palenia tytoniu prowadzonych w ramach POZ w populacji dzieci/młodzieży do 18 r.ż. Do przeglądu włączono 19 badań, obejmujących 39 195 uczestników.

Przeprowadzona metaanaliza wyników włączonych badań wykazała, że prowadzenie interwencji w postaci krótkich interwencji, rozmów telefonicznych, broszur i aplikacji komputerowych istotnie statystycznie redukowało odsetek osób, które zaczęły palić tytoń (ryzyko względne RR=0,81, 95% CI [0,70-0,93]) w porównaniu do komparatora w postaci braku interwencji w 12 miesięcznym okresie obserwacji.

Do najważniejszych ograniczeń przeprowadzonej analizy klinicznej należą: heterogeniczność i niewielka liczba badań włączonych do przeglądów systematycznych, które charakteryzowały się również ryzykiem błędu systematycznego. Odnalezione dowody naukowe nie oceniały bezpieczeństwa działań zaplanowanych w ramach programu.

Eksperti kliniczni popierają prowadzenie programu w zakresie profilaktyki uzależnień w populacji młodzieży i młodych dorosłych. Poniżej przedstawiono uwagi ekspertów klinicznych do ocenianego projektu.

W opinii jednego z ekspertów duże wątpliwości budzi możliwość osiągnięcia poszczególnych celów w zakresie wykonania 31 tys. badań przesiewowych, min. 6 tys. interwencji, przeszkolenie 8 tys. pracowników POZ w zakresie wczesnego rozpoznawania problemowego używania substancji psychoaktywnych i udzielania krótkiej interwencji to bardzo optymistyczny plan, zważywszy na dotychczasowe próby szkoleń pracowników POZ i próby wdrażania procedury w POZ, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach.

Przyjęte mierniki skuteczności programu odnoszą się do celów programu i planowanych działań. Nie obejmują one jednak wszystkich aspektów związanych z programem tj. nie jest możliwe określenie, czy rzeczywiście nastąpiło ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez grupę docelową.

Objęcie grup wiekowych (11- 19 lat oraz 20 lat i wyżej) programem profilaktycznym, którego celem jest ograniczenie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych i społecznych jest jak najbardziej merytorycznie uzasadnione, ponieważ może zapobiegać nasilaniu się problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Inny z ekspertów stwierdził, że program wymaga zmian ze względu na specyfikę grupy docelowej – zdecydowanie inne są warunki prowadzenia interwencji w grupie 15-18 latków i osób powyżej 18 roku życia. Zalecił w pierwszej kolejności prowadzenie działań dla grupy wiekowej 18-26 lat.

Kryteria wykluczenia z udziału w programie dotyczą osób w innym wieku niż 15-26 lat oraz stwierdzonego uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Drugi aspekt można stwierdzić dopiero po dokonaniu rozpoznania, zatem każdy pacjent będzie wchodził do programu, uczestniczył w badaniu przesiewowym.

Eksperci wyróżniają rodzaje krótkich interwencji. Mogą to być krótkie porady, krótkie interwencje oraz interwencje rozbudowane o dialog motywacyjny.

Zdaniem ekspertów lekarze POZ niechętnie podejmują profilaktykę uzależnień ze względu na poczucie braku wiedzy i niskich kompetencji w zakresie używania substancji psychoaktywnych innych niż nikotyna oraz nadmierna liczba pacjentów znajdujących na tzw. aktywnej liście pacjentów.

Eksperci zwracają uwagę na wykorzystywanie testów CAGE, AUDIT (wersja rozszerzona) oraz AUDIT-C (wersja skrócona) w ocenie ryzyka uzależnienia od alkoholu. Wskazano również testy PUN oraz PUM jako narzędzia wykorzystywane do oceny stopnia uzależnienia od narkotyków.

Jeden z ekspertów wskazał, iż obecnie w ramach projektu NPZ jest prowadzona walidacja testu AUDIT w populacji osób dorosłych. Jest to projekt dwuletni, którego zakończenie jest przewidziane na grudzień 2020.

Zgodnie z opiniami ekspertów zasadnym jest prowadzenie kampanii edukacyjnej skierowanej do pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w POZ oraz szpitalach.

Według ekspertów brakuje uwzględnienia w procesie profilaktycznym rodziców. Kryteria kwalifikacji nie uwzględniają różnic związanych z wiekiem odbiorców programu.

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.440.3.2019 „Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych” realizowany przez: Ministra Zdrowia, Warszawa, marzec 2019 r., Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – wspólne podstawy oceny” z marca 2012 r., „Profilaktyka i zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z maja 2012 r., „Profilaktyka i terapia uzależnień od narkotyków – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2011 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 65/2019 z dnia 11 marca 2019 roku o projekcie programu „Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych” Ministra Zdrowia.