



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 145/2013 z dnia 10 czerwca 2013 r.
o projekcie programu „Wsparcie w procesie dorastania”
(miasto Kraków)

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Wsparcie w procesie dorastania” miasta Kraków.

Uzasadnienie

Świadczenia oferowane w ramach samorządowych programów zdrowotnych nie powinny powielać świadczeń refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), z tego względu konieczne jest precyzyjne oddzielanie oddziaływań diagnostycznych, profilaktycznych i edukacyjnych od oddziaływań terapeutycznych oraz posługiwanie się jednostkami chorobowymi zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób ICD-10, zgodnie z którą określone są świadczenia zdrowotne refundowane przez NFZ.

Ponadto, międzynarodowe towarzystwa naukowe nie rekomendują badań przesiewowych dotyczących depresji w populacji ogólnej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego miasta Kraków w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, ukierunkowany na profilaktykę depresji młodzieńczej w latach 2013-2015. Program ma na celu wypracowanie modelu interwencji systemowej w szkole, dzięki której przez wsparcie nauczycieli i wychowawców stworzone zostaną możliwości wsparcia dla dorastających uczniów z wysokim ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych poprzez interwencje psychoedukacyjne. Projekt przesłany został w dwóch egzemplarzach, różniących się m. in. w zakresie kosztów jednostkowych i całkowitych. W jednej z wersji budżet programu oszacowano na 483 500 zł.

Problem zdrowotny

Depresja młodzieńcza związana jest nierozdzielnie z trudnościami okresu adolescencji i zadaniami rozwojowymi tej fazy. Szczególne znaczenie ma wówczas konfrontacja możliwości z oczekiwaniami samego dorastającego, jego rodziny i najbliższego otoczenia oraz niepewność, czy sprawdzi się on w roli dorosłej we wszystkich jej aspektach. Objawy depresji młodzieńczej mają wiele wspólnego z objawami depresji u dorosłych, choć często obraz kliniczny maskują wybuchy złości, znudzenie i zmęczenie, zachowania buntownicze, takie jak ucieczki z domu, wagary, zachowania autodestrukcyjne i antyspołeczne. Zwykle objawom depresji towarzyszą trudności szkolne, zrywanie kontaktów z rówieśnikami, pogorszenie się relacji z najbliższymi, zamknięcie się w sobie. Narastające objawy depresji u dorastającego wymagają szczególnej uwagi, zwłaszcza dlatego, że doprowadzić mogą do próby samobójczej lub samobójstwa. W leczeniu największą rolę odgrywa psychoterapia (terapia rodzinna, indywidualna), znacznie mniejszą przypisuje się lekom antydepresyjnym.



Badania epidemiologiczne wskazują, że depresja występująca w wieku podeszłym jest zjawiskiem częstym, ale trudnym do rozpoznania, a wyniki badań wskazują na dużą rozbieżność od 5 do 44%. Ocena rozpowszechnienia depresji w wieku podeszłym jest trudna z powodu współwystępowania licznych czynników etiologicznych (reaktywnych, somatycznych) wpływających patoplastycznie na obraz kliniczny. W wieku podeszłym znacznie częściej obserwuje się zespoły depresyjne psychotyczne oraz zaburzenia dystymiczne. Ocenia się, że u 60% kobiet i 50% mężczyzn w chorobie afektywnej po 60 roku życia występują urojenia nihilistyczne i hipochondryczne.

Alternatywne świadczenia

Brak świadczeń alternatywnych. Programy ochrony zdrowia psychicznego wchodzą w zakres Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, a ich realizacja jest obowiązkowa. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. A wydane na podstawie ww. ustawy rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, określiło strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Promocja/strategia zdrowia psychicznego

Według zaleceń Radboud University Nijmegen, każdy kraj powinien opracować i zrealizować wszechstronny plan działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Plan taki byłby głównym mechanizmem promowania zdrowia psychicznego, redukcji olbrzymich kosztów zdrowotnych i ekonomicznych związanych z zaburzeniami psychicznymi, oraz wzmacniania więzi społecznych. Tam, gdzie nie przewidziano wystarczających funduszy na wdrożenie planu działania, można je identyfikować poprzez specjalny Fundusz Zdrowia Psychicznego finansowany z podatków za tytoń i alkohol. W planach działania należy zwrócić uwagę na dziesięć obszarów (wspieranie rodzicielstwa i pierwszych lat życia, promowanie zdrowia psychicznego w szkołach, promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy, wspieranie zdrowego psychicznie starzenia się, zajmowanie się grupami zagrożonymi zaburzeniami psychicznymi, zapobieganie depresji i samobójstwom, zapobieganie przemocy i szkodliwemu używaniu substancji psychoaktywnych, zaangażowanie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zmniejszenie upośledzenia społecznego i zapobieganie stygmatyzacji, nawiązanie współpracy z innymi sektorami) i pięć wspólnych zasad (pogłębianie wiedzy o zdrowiu psychicznym, wspieranie efektywnego wdrażania, rozwijanie kompetencji i szkolenie pracowników, włączanie do działania różnych podmiotów, ewaluacja wpływu polityki i programu).

Zielona Księga przyjęta przez Unię Europejską w 2005 r. proponuje ustanowienie wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego, która ma wnieść pozytywny wkład poprzez: stworzenie ram dla wymiany i współpracy pomiędzy Państwami Członkowskimi; pomoc w zwiększeniu spójności działań w sektorach związanych z polityką zdrowotną i innymi politykami w Państwach Członkowskich oraz na poziomie Wspólnoty oraz umożliwienie szerszym kręgom zainteresowanych stron zaangażowania się w opracowywanie rozwiązań.

Dodatkowo, w trakcie konferencji Unii Europejskiej w czerwcu 2008 r. „Europejski Pakt na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego” podkreślono, że do przezwyciężenia

problemów zdrowia psychicznego w Krajach Członkowskich mogą przyczynić się dodatkowe działania i wspólne akcje na poziomie Unii Europejskiej odnośnie ochrony zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego wśród ludności, wzmacnianie działań zapobiegawczych i samopomocy oraz pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom; tego typu akcje stanowią uzupełnienie działań podejmowanych przez Kraje Członkowskie Unii Europejskiej w zakresie służby zdrowia i systemu opieki społecznej. Wezwano do podjęcia działań w pięciu priorytetowych obszarach tematycznych: I. Zapobieganie depresji i samobójstwom; II. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży uczącej się; III. Zdrowie psychiczne w miejscu pracy; IV. Zdrowie psychiczne osób starszych; V. Walka ze stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym.

Profilaktyka zaburzeń psychicznych

Zapobieganie poprzez wczesną interwencję jest najlepiej zbadaną formą prewencji w spektrum zaburzeń psychicznych, w szczególności w odniesieniu do schizofrenii. W wielu badaniach wykazano wysoką skuteczność stosowania farmakoterapii w połączeniu z terapią poznawczo-behawioralną. Strategie, które uczą młodych ludzi radzenia sobie ze stresem i zapewniania sobie wsparcia społecznego były skuteczne w zapobieganiu zaburzeniom nastroju i zaburzeniom lękowym. Nie odnaleziono wystarczających dowodów do wykazania, że pierwotna profilaktyka może opóźnić pojawienie się choroby psychicznej. Zalecane są badania dotyczące etiologii chorób psychicznych, w celu ułatwienia rozwoju dodatkowych podstawowych form zapobiegania zaburzeniom. Wysiłki te mogą przyczynić się do realokacji zasobów oraz wprowadzenia polityki publicznej, która ograniczyłaby negatywne skutki chorób psychicznych dla społeczeństwa.

Choroby psychiczne o wczesnym początku (dzieciństwo) mogą się utrzymywać przez całe życie. Duże znaczenie mają skuteczne programy profilaktyczne kierowane do dzieci. Największą skuteczność stwierdzono odnośnie zapobiegania zaburzeniom lękowym, zaburzeniom odżywiania, nadużywaniu substancji psychoaktywnych, destrukcyjnym zaburzeniom zachowania, samobójstwom. Nie wykazano skuteczności programów w zapobieganiu deficytom uwagi, zespołowi nadpobudliwości psychoruchowej ADHD oraz wczesnym początkom schizofrenii. Autorzy wnioskuje, że interwencja prewencyjna ma potencjał, aby być skuteczną w przypadku niektórych zaburzeń. Szczególnie zasadne wydaje się promowanie pozytywnego rozwoju u dzieci w każdym wieku w środowiskach wysokiego ryzyka. Konieczne są dodatkowe badania w celu określenia roli i wiarygodności różnych strategii prewencyjnych.

Skuteczne strategie zapobiegania zaburzeniom psychicznym u osób starszych zidentyfikowano w badaniach dotyczących zaburzeń depresyjnych i samobójstw. W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej, demencji i schizofrenii geriatrycznej nie ma dostatecznej ilości badań. Autorzy dochodzą do wniosku, że skuteczne strategie prewencyjne to: modyfikacja czynników ryzyka, zdrowy styl życia, który obejmuje zdrową dietę, ćwiczenia, socjalizację, edukację. Inżynieria genetyczna i terapie szczepionkowe mogą otwierać nowe możliwości dla profilaktyki wielu chorób psychicznych w najbliższej przyszłości.

Poprawa jakości opieki psychiatrycznej

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

zarządzania usługami. Poprzez systematyczne podejście do poprawy jakości możliwe jest zapewnienie najlepszych możliwych interwencji.

Depresja młodzieńcza

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

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

Wczesne wykrywanie depresji

Nie rekomenduje się wykrywania depresji w ogólnej populacji osób dorosłych.

Skrining w kierunku depresji powinien być prowadzony w grupie osób dorosłych cierpiących na przewlekłe choroby somatyczne (m. in. nadciśnienie tętnicze), a także u osób z zaburzeniami psychicznymi w historii choroby.

Skrining w kierunku depresji prowadzony przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinien polegać na zadaniu 2-3 prostych pytań dotyczących samopoczucia i napędu psychomotorycznego.

Do określenia stopnia ciężkości zaburzeń może służyć kwestionariusz PHQ-9.

Wnioski z oceny programu miasto Kraków

Program wpisuje się w Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, a także spełnia jeden z priorytetów zdrowotnych: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych” i dotyczy dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego – depresji młodzieńczej. Program jest częścią Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2013-2015 miasta Kraków.

Przesłany do oceny projekt zgodny jest z szablonem zaproponowanym przez Agencję. Wydaje się jednak, że przesłany do oceny projekt jest roboczą wersją dokumentu, przesłaną ponadto w dwóch wersjach, które nieznacznie różnią się między sobą (np. w części poświęconej budżetowi). Program ma skupić się przede wszystkim na profilaktyce depresji młodzieńczej. W jego pierwszej fazie przeprowadzona ma zostać ankieta identyfikująca uczniów potencjalnie zagrożonych depresją młodzieńczą. Tak wyselekcjonowana grupa w II fazie otrzymałaby wsparcie specjalnie utworzonych w tym celu zespołów: interwencji systemowych w szkołach; wsparcia dla nauczycieli i wychowawców; wsparcia dla rodzin; pomocy psychologicznej/psychoterapii dla uczniów wysokiego ryzyka (indywidualne sesje diagnostyczne i terapeutyczne będą mieć miejsce w siedzibie oferenta). Z treści projektu nie wynika, jaka byłaby dokładnie rola tak skonstruowanych zespołów.

Przesłano dwie różne wersje programu. W pierwszej brakuje informacji na temat budżetu (podano tylko kilka pozycji kosztów jednostkowych), natomiast w drugiej części budżet określono na poziomie 483 500 zł.

Realizatorami programu mają być specjalnie przeszkoleni w tej dziedzinie psychoterapeuci, co wydaje się podnosić wartość programu.

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

I. Program odnosi się do zdefiniowanego problemu zdrowotnego jakim jest profilaktyka zaburzeń depresyjnych.

II. W projekcie programu opisano kryteria włączenia, a także sposób informowania populacji o planowanych działaniach.

III. Skuteczność planowanych działań – w projekcie nie odniesiono się do skuteczności klinicznej planowanych interwencji medycznych.

IV. Projekt zawiera dwie sprzeczne ze sobą wersje kosztorysu i budżetu.

V. Projekt programu zawiera informacje o metodach określenia jego efektywności poprzez wskaźniki monitorujące.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu „Wsparcie w procesie dorastania” nr: AOTM-OT-441-279/2012, Warszawa, maj 2013 i aneksu: „Programy zdrowotne z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, wrzesień 2012.