



**Opinia**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 29/2014 z dnia 10 marca 2014 r.**  
**o projekcie programu „PSYCHO-KREACJE – Program aktywizujący**  
**dla młodzieży z zaburzeniami psychicznymi” Województwo**  
**Mazowieckie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie ww. programu.

**Uzasadnienie**

Program mający na celu aktywizację i budowanie poczucia wartości młodych ludzi z zaburzeniami psychicznymi przewiduje terapię sztuką (publikacja, spektakl teatralny, wyjazdy plenerowe). Arteroterapia należy do uznanych interwencji niefarmakologicznych. Proponowane działania stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych i będą oparte na doświadczeniach zrealizowanego w 2011 r. projektu „Ja też mam talent”. Program zawiera większość wymaganych elementów, w tym budżet całkowity i jednostkowy. Prowadzony będzie przez specjalistów z dużym doświadczeniem.

**Przedmiot wniosku**

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Województwa Mazowieckiego z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego. Celem głównym Programu jest promocja zdrowia psychicznego, wspieranie rozwoju psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży, zmniejszenie izolacji społecznej młodzieży, a także poprawa jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi. Program jest skierowany do młodzieży przebywającej aktualnie w Hostelu - Ośrodku Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej w Zagórzku koło Warszawy. Program ma być realizowany w okresie od kwietnia do czerwca 2013 roku. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 38 750 zł.

**Problem zdrowotny**

W dokumentach Unii Europejskiej wskazuje się na depresję i samobójstwa jako najistotniejsze problemy zdrowotne występujące w ostatnich latach coraz częściej w państwach członkowskich Unii.

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

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

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



Zaburzenie lub grupę zaburzeń psychicznych, których istotę stanowi dezintegracja osobowości, poprzez zakłócenie procesów decydujących o zachowaniu, sposobie myślenia, odczuwania, czy reakcji na otoczenie. Schizofrenia może wpływać na trudność z: rozróżnianiem świata urojeń od rzeczywistości, zachowaniem logicznego toku rozumowania oraz kontrolowania i panowania nad emocjami. Osoba ze schizofrenią doświadcza stanu, w którym jej myśli (procesy poznawcze), emocje i zachowanie są zaburzone w takim stopniu, że bardzo trudną lub nawet niemożliwą staje się prawidłowa ocena rzeczywistości. Te procesy stanowią podłoże, na którym rozwijają się różnorodne objawy choroby. Zwykle należą do nich omamy, urojenia, apatia, zubożenie emocjonalne, dziwaczne zachowanie, zaniedbanie wyglądu i wycofanie społeczne. Schizofrenia wpływa na większość obszarów funkcjonowania człowieka i ostatecznie prowadzi do powstania objawów, które są odbierane jako dziwaczne i przerażające zarówno przez pacjenta, jak i osoby w jego otoczeniu.

### **Alternatywne świadczenia**

Brak świadczeń alternatywnych. Programy ochrony zdrowia psychicznego wchodzą w zakres Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, a ich realizacja jest obligatoryjna z uwagi na zapisy ustawowe. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. 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**

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Promocja/strategia zdrowia psychicznego

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

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

Dodatkowo w trakcie konferencji Unii Europejskiej w czerwcu 2008 r. „Europejski Pakt na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego” podkreślono, że do przezwyciężenia problemów zdrowia psychicznego (najistotniejsze to depresje i samobójstwa) w Krajach Członkowskich mogą przyczynić się dodatkowe działania i wspólne akcje na poziomie Unii Europejskiej odnośnie ochrony zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego wśród ludności, wzmacnianie działań zapobiegawczych i samopomocy oraz pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom; tego typu akcje stanowią uzupełnienie działań podejmowanych przez Kraje Członkowskie Unii Europejskiej w zakresie służby zdrowia i systemu opieki społecznej. Wezwano do podjęcia działań w pięciu priorytetowych obszarach tematycznych: I. Zapobieganie depresji i samobójstwom, II. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży uczącej się, III. Zdrowie psychiczne w miejscu pracy, IV. Zdrowie psychiczne osób starszych, V. Walka ze stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym.

#### Profilaktyka zaburzeń psychicznych

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

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

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

### Poprawa jakości opieki psychiatrycznej

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

### Ośrodki pobytu dziennego

Obecnie, nierandomizowane badania porównawcze dają sprzeczne wyniki odnośnie roli ośrodków dziennego pobytu oraz klinicznych i społecznych potrzeb, jakie są w stanie spełnić. Według autorów najlepszym rozwiązaniem jest pozostawić możliwość wyboru (co do typu ośrodka) osobom z poważnymi chorobami psychicznymi i ich opiekunom. Istnieje wyraźna potrzeba randomizacji prób do badania ośrodków pobytu dziennego w porównaniu do innych form opieki. Nie istnieją dobre dowody na temat skuteczności ośrodków pobytu dziennego w leczeniu poważnych zaburzeń psychicznych. Jeśli wybór pomiędzy obiektami jest możliwy, decyzja powinna się opierać na doświadczeniu osób sprawujących opiekę nad chorymi i dowodów zebranych na podstawie badań przeprowadzonych bez randomizacji.

### Model zintegrowanej opieki psychiatrycznej

Wyniki pokazały, że zintegrowane modele opieki psychiatrycznej okazały się bardziej skuteczne (w porównaniu do innych modeli), przynosiły dobre skutki zdrowotne, zarówno psychiczne jak i fizyczne. W niektórych sytuacjach klinicznych poprawiły funkcjonowanie społeczne, samodzielność osób chorych. Inne korzyści, jakie według badań wiążą się z wprowadzeniem zintegrowanych modeli opieki psychiatrycznej: obniżona hospitalizacja osób chorych psychicznie, większa akceptacja interwencji terapeutycznych przez pacjentów, lepszy dostęp do opieki specjalistycznej, większe zaangażowanie osób chorych. Autorzy dokonali ograniczonej oceny ekonomicznej. Wykazano, że model „współpracy” w opiece psychiatrycznej zmniejsza koszty obsługi pacjentów, zwiększa oszczędności. Niemniej wyniki te nie są widoczne we wszystkich badanych grupach. Zyski wymagają zaangażowania osób dostarczających usług opieki, starannego zaprojektowania interwencji i ich konsekwentnego stosowania. Skuteczne modele wymagają uwagi na wielu poziomach: od organizacyjnych do poszczególnych lekarzy oraz kompleksowej obsługi. Powinno się zadbać o ciągłość i kompleksowość usług. Zgodnie z oczekiwaniami, nie zidentyfikowano jednego, uniwersalnego modelu. Zintegrowana opieka psychiatryczna powinna być wdrażana po wykonaniu lokalnej próby, z uwzględnieniem charakterystyki konkretnej populacji.

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

### Dyskryminacja i stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi

Osoby chore psychicznie często są dyskryminowane w środowisku, w którym żyją. Istnieje potrzeba zmniejszenia stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi i potrzeba zwiększenia świadomości odnośnie zdrowia psychicznego. Działania w kierunku zmniejszenia negatywnych postaw wobec osób chorych psychicznie mogą pomóc w zapobieganiu ich wykluczeniu społecznemu oraz ułatwić korzystanie z opieki w ochronie zdrowia psychicznego. Większość badań nie wskazywała na zmiany w zachowaniach wobec osób

z zaburzeniami psychicznymi. Najbardziej skuteczną interwencją edukacyjną okazało się zainicjowanie bezpośredniego spotkania z osobą chorą. Kontakt wydaje się być kluczem do zmniejszenia stygmatyzacji. Skuteczność elementów edukacji opartych na filmach jest dyskusyjna. Pomimo wykazania pozytywnych efektów każdej interwencji, ich długofalowe skutki są nadal niejasne. Dalsze badania powinny obejmować pomiar rzeczywistej zmiany zachowania.

Wnioski z oceny projektu programu Województwa Mazowieckiego

Badania wykazały następujące trendy pozytywne: w piśmiennictwie nasila się tendencja do ukazywania biologicznych modeli zaburzeń psychicznych, rośnie akceptacja profesjonalnej pomocy dla osób chorych psychicznie. Zmiany negatywne zostały wykazane w odniesieniu do postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat biologicznych korelatów chorób psychicznych nie prowadzi do zwiększenia akceptacji społecznej osób chorych.

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

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

Ludzie z objawami prodromalnymi schizofrenii mogą odnieść korzyści z terapii kognitywnej i rodzinnej, jednak istniejące dowody dotyczące skuteczności CBT nie są jednoznaczne i większość publikacji wskazuje na potrzebę przeprowadzenia badań możliwie wysokiej jakości (RCT).

Istnieją dowody na pewną skuteczność wczesnych specjalistycznych interwencji u osób z prodromalnymi objawami schizofrenii.

Istniejące dowody nie wskazują jednoznacznie na przyjęcie lub odrzucenie stosowania arteterapii (terapia sztuką, m. in. tańcem) w schizofrenii.

Brak jest wystarczających dowodów naukowych, aby wykazać i zidentyfikować różnice pomiędzy terapią podtrzymującą, a standardową opieką. Istnieją wyniki badań gdzie wykazano pozytywny wpływ terapii kognitywnej i behawioralnej na liczbę hospitalizacji i generalny stan psychiczny w stosunku do terapii podtrzymującej, jednak są to zbyt małe badania, aby można było z nich wyciągać kliniczne wnioski.

Odnaleziono dokumenty zawierające rekomendacje odnoszące się do stosowania interwencji psychologicznych i psychospołecznych wśród osób dorosłych ze schizofrenią, jedne wytyczne odnoszące się do stosowania interwencji psychologicznych i psychospołecznych wśród osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (w tym ze schizofrenią) oraz jedne wytyczne dotyczące dzieci i młodzieży ze schizofrenią.

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

Podsumowanie rekomendacji odnoszących się do dzieci ze schizofrenią:

- Rekomenduje się następujące interwencje psychospołeczne:
- Interwencje dla rodziny,
- Terapia poznawczo-behawioralna,
- Terapia sztuką,
- Programy wspomagania zatrudnienia.

Nie rekomenduje się rutynowego stosowania:

- Poradnictwa i terapii podtrzymującej,
- Terapii mającej na celu stosowanie się do leczenia,
- Treningu umiejętności społecznych.

Ponadto w przypadku dzieci i młodzieży będących w wieku obowiązku szkolnego, należy po uzyskaniu zgody współpracować ze szkołą dziecka i władzami oświatowymi w celu zapewnienia kontynuacji nauki.

Brak jest dowodów naukowych z dobrej jakości randomizowanych badań klinicznych wspierających bieżącą praktykę i rekomendacje. Wytyczne praktyki oparte są na konsensusach ekspertów, doświadczeniach klinicznych i dobrych intencjach, a nie wysokiej jakości dowody.

Podstawowe składowe, które powinny być zawarte w programie psychoedukacyjnym:

1. Psychoedukacja na temat przyczyn choroby, jej przebiegu, sposobów leczenia.
2. Trening rozwiązywania problemów, podczas którego korzysta się najczęściej z 6-stopniowej procedury (1 – określenie na czym polega problem; 2 – proponowanie kilku rozwiązań; 3 – ocena wad i zalet każdego rozwiązania; 4 – wybór najlepszego rozwiązania; 5 – szczegółowy plan wprowadzenia go w życie, 6 – ocena efektywności wybranego rozwiązania i ewentualna zmiana sposobu postępowania).
3. Wsparcie.
4. Interwencje kryzysowe.

Programy edukacyjne dla pacjentów:

Edukacyjna dla pacjentów organizowana może być na wiele sposobów – od regularnych wykładów, grup dyskusyjnych, audycji, filmów i broszur edukacyjnych do zajęć behawioralnych. Wykazano przewagę treningów behawioralnych nad nieustrukturalizowanymi zajęciami edukacyjnymi. Zanim pacjenci staną się aktywnymi uczestnikami procesu leczenia, muszą pokonać poznawcze i emocjonalne bariery, utrudniające im uczenie się umiejętności społecznych. Ustrukturalizowane i systematyczne treningi umiejętności społecznych, niezbędnych w samodzielnym życiu, pomagają w pokonaniu tych barier.

#### **Wnioski z oceny projektu programu Województwa Mazowieckiego:**

Program odnosi się do problemu zdrowotnego, dotyczącego profilaktyki zaburzeń psychicznych, w szczególności młodzieży z rozpoznaniem z kręgu schizofrenii, zaburzeń nastroju i zaburzeń adaptacyjnych. Celem głównym Programu jest promocja zdrowia psychicznego, wspieranie rozwoju psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży, zmniejszenie izolacji społecznej młodzieży, a także poprawa jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi.

Autorzy planują objąć programem młodzież przebywającą aktualnie w Hostelku – Ośrodku Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej w Zagórzu koło Warszawy. Niestety autorzy Programu nie oszacowali jak dużą grupę osób ma objąć Program. Dodatkowo Program kierowany jest do

odbiorców publikacji oraz widzów spektaklu. Przewiduje się, że będzie to grupa około 400 osób – uczniów szkół średnich, nauczycieli, studentów, rodziny i lokalne środowisko.

W projekcie programu występuje ponadto pewna niespójność dotycząca oszacowania adresatów programu. Z jednej strony autorzy piszą, że program jest adresowany do młodzieży w wieku 16-22 lat. Z drugiej zaś, w programie znajduje się informacja, że Program kierowany jest do osób między 18 a 25 rokiem życia. Dodatkowo w programie pojawia się ponownie nieścisłość dotycząca potencjalnej liczby beneficjentów. Autorzy nie dokonali oszacowania potencjalnej populacji docelowej, jednak zaznaczają, że 3 dniowy wyjazd ma obejmować 34 osoby w tym 10 opiekunów. Nie wiadomo czy grupa 24 osób to wszyscy uczestnicy Programu w ramach hostelu czy to wybrana grupa. Brak informacji na jakiej podstawie będą kwalifikowane osoby do udziału w tym wyjeździe.

Autorzy planują przeprowadzenie działań obejmujących: utworzenie dwóch grup projektowych - literackiej (praca nad publikacją - 10 spotkań, 2 prowadzących, wsparcie merytoryczne Grupy przez profesjonalnego dziennikarza – 15 godz.) i teatralnej (praca nad spektaklem – 10 spotkań, 2 prowadzących). W ramach programu ma zostać zorganizowany 3 dniowy wyjazd pobudzający kreatywność. W ramach wyjazdu zaplanowane są plenery fotograficzne, malarskie, zajęcia narracyjne i teatralne oraz muzyczne. Wyjazd w obrębie województwa mazowieckiego. Uczestnicy: 24 pacjentów, 10 osób z kadry i ew. studentów – łącznie 34 osoby. Opieka nad uczestnikami będzie wkładem własnym Centrum w projekt. Dodatkowo autorzy planują przeprowadzić warsztaty dla osób prowadzących zajęcia z młodzieżą dotyczące upowszechnienia wiedzy na temat pracy opartej na kreatywności młodzieży – 2 warsztaty po 4 godz, po 2 osoby prowadzące.

Autorzy nie podają czego dokładnie mają dotyczyć i jak będą wyglądały planowane warsztaty. Brak również informacji dotyczących na jakiej podstawie będą kwalifikowane osoby do udziału w ramach tych warsztatów oraz dla jak dużej grupy ludzi są one przewidziane.

Autorzy nie podali szczegółowego opisu interwencji. Wskazano jedynie, że zostaną przeprowadzone warsztaty dla młodzieży z ośrodka wraz z przygotowaniem spektaklu oraz warsztaty dla osób prowadzących zajęcia z młodzieżą.

W związku ze zbyt ogólnym opisem interwencji nie jest możliwa pełna ocena projektu zgodnie z metodologią HTA. Odnosząc opisane planowane działania do rekomendacji, wytycznych i wniosków z dowodów naukowych można stwierdzić, że:

- Nie istnieją dobre dowody na temat skuteczności ośrodków pobytu dziennego w leczeniu poważnych zaburzeń psychicznych. Jeśli wybór pomiędzy obiektami jest możliwy, decyzja powinna się opierać na doświadczeniu osób sprawujących opiekę nad chorymi.
- Opinie ekspertów uzyskane przy ocenie innych programów z tego zakresu wskazują, że prowadzenie programów zdrowotnych dotyczących edukacji i profilaktyki w kierunku schizofrenii powinno być kierowane do następujących populacji docelowych: osoby z rozpoznaniem choroby psychicznej, w tym schizofrenii, rodziny i opiekunowie tych osób, osoby z rodzin zagrożonych chorobą psychiczną, terapeuti, młodzież. Programy te powinny obejmować następujące interwencje niefarmakologiczne: grupa wsparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej, grupa wsparcia dla rodzin tych osób, poradnictwo psychologiczne, socjalne, prawne, zajęcia edukacyjno-korekcyjne (treningi funkcji poznawczych, budżetowe, higieniczne, kulinarne), zajęcia klubowe nakierowane na rozwój osobisty i aktywizację społeczną – arteterapia, muzykoterapia, choreoterapia, zajęcia ruchowe np. nordic-walking, zajęcia psychoedukacyjne dla osób chorujących i ich rodzin, organizowanie

działań integrujących – pikniki, wycieczki, koncerty, wystawy twórczości, jarmarki, wizyty lekarza psychiatry, psychologa, pielęgniarki w środowisku domowym pacjenta, indywidualne konsultacje lekarskie – psychoedukacja, indywidualna psychoterapia, warsztaty zdrowego żywienia, zorganizowanie ogólnodostępnego punktu informacyjno-konsultacyjnego – dyżury specjalistów, opracowanie materiałów edukacyjnych dotyczących schizofrenii i innych chorób psychicznych, prowadzenie kampanii edukacyjnych na temat chorób psychicznych ze szczególnym udziałem osób doświadczających kryzysów psychicznych i ich rodzin, edukacja urzędników, decydentów, lekarzy pierwszego kontaktu na temat chorób psychicznych. Dodatkowo programy te powinny być realizowane w oparciu o następujące kompetencje realizatorów: lekarz specjalista psychiatra, psycholog, najlepiej kształcący się w psychoterapii lub z certyfikatem psychoterapeuty, pracownik socjalny, pielęgniarka, terapeuci.

- Rekomendacje odnoszące się do dzieci ze schizofrenią zalecają prowadzenie interwencji psychospołecznych obejmujących: interwencje dla rodziny, terapię poznawczo-behawioralną, terapię sztuką, natomiast nie zaleca się poradnictwa i terapii podtrzymującej, terapii mającej na celu stosowanie się do leczenia oraz treningu umiejętności społecznych. Autorzy programu planują przeprowadzić spektakl teatralny, który będzie wynikiem wdrożonych działań (edukacji zdrowotnej, wyjazdów plenerowych), co wydaje się na podstawie przytoczonych rekomendacji jako skuteczna metoda interwencyjna.

Projekt programu odnosi się do dobrze zdefiniowanej grupy docelowej. Program zapewnia dostęp odpowiednio kompetentnego personelu. Proponowane działania są zgodne z zaleceniami ekspertów choć proponowane interwencje są bardzo ograniczone, w porównaniu z dostępnymi nefarmakologicznymi metodami profilaktyki w kierunku schizofrenii.

Dodatkowo na podstawie informacji odnalezionych na stronie Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zagórzach projekt ten zakłada: „pobudzanie kreatywności młodych ludzi z poważnymi problemami zdrowia psychicznego aktualnie korzystających z rehabilitacji socjopsychiatrycznej w Hostelu w Zagórzach. Zaplanowane w projekcie działania służyć mają wzmacnianiu poczucia własnej wartości jego uczestników, a przez to korzystnie wpłynąć na ich stan psychiczny. Promocja efektów projektu ma przyczynić się do zapobiegania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie”. Wydaje się, że przedmiotowy program mimo pewnych braków jest dobrze przemyślaną propozycją, służącą poprawie stanu zdrowia młodzieży z zaburzeniami psychicznymi,

Przedmiotowy program ma być prowadzony przez okres trzech miesięcy. Nie jest pewne, czy tak krótki okres trwania programu jest wystarczający by uzyskać zamierzone efekty.

Program zakłada przeprowadzenie akcji informacyjnej, co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.

Program zakłada monitorowanie i ewaluację.

Przedstawiano zarówno koszty jednostkowe jak i koszty całkowite realizacji programu wynoszące 38 750 zł. Projekt programu zawiera szczegółowy kosztorys. Autorzy programu planują przeznaczyć blisko 30% całego budżetu (11 850 zł) na wyjazdowe plenery kreatywności (koszty pobytu uczestników w wybranym ośrodku oraz transport).

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



I. Program odnosi się do ważnego i zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia psychiczne, w szczególności młodzieży z rozpoznaniem z kręgu schizofrenii, zaburzeń nastroju i zaburzeń adaptacyjnych.

II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - Autorzy planują przeprowadzenie kampanii informacyjnej. Brak jasnych kryteriów dotyczących udziału w programie.

III. Skuteczność i bezpieczeństwo planowanych interwencji: autorzy nie przedstawili interwencji a jedynie działania, które można uznać za bezpieczne, a częściowo ich skuteczność jest nie potwierdzalna.

IV. Przedstawiano zarówno koszty jednostkowe jak i koszty całkowite realizacji programu wynoszące 38 750 zł. Projekt programu zawiera szczegółowy kosztorys.

V. Projekt Programu zawiera metody 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 „PSYCHO-KREACJE – Program aktywizujący dla młodzieży z zaburzeniami psychicznymi” realizowany przez: Województwo Mazowieckie, AOTM-OT-441-69/2013, Warszawa, styczeń 2014 i aneksu: „Programy zdrowotne z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, wrzesień 2012 oraz „Programy zdrowotne z zakresu edukacji i profilaktyki schizofrenii – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, czerwiec 2013 .

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy.