



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 58/2018 z dnia 29 marca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program ochrony
zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Należy podkreślić, że obecnie realizowany jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022. Interwencje zaplanowane w ramach opiniowanego programu pozostają spójne z działaniami realizowanymi w ramach NPZP. Natomiast z treści projektu nie można jednoznacznie wnioskować, na jakim konkretnym problemie zdrowotnym z zakresu szerokiej dziedziny zdrowia psychicznego skupione będą interwencje realizowane w ramach ocenianego programu. Opiniowany projekt został przygotowany na dużym poziomie ogólności, co utrudnia odniesienie do kwestii takich jak: problem zdrowotny, kryteria kwalifikacji czy planowane interwencje. Mając na uwadze powyższe, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, proszę uwzględnić poniższe uwagi.

Niektóre cele programowe wymagają przeformułowania zgodnie z koncepcją SMART. Należy także uzupełnić mierniki efektywności, tak aby umożliwiły one pomiar stopnia realizacji każdego z zaplanowanych celów programu.

Populacja docelowa została określona poprawnie. Jednakże doprecyzowania wymagają kryteria kwalifikacji do programu, tak aby jednoznacznie wskazywały warunki uczestnictwa w programie.

Należy zaznaczyć, że w projekcie obecne są elementy zgodne z wytycznymi: wybrany zakres warsztatów realizowanych w ramach profilaktyki selektywnej, uwzględnienie działań edukacyjnych oraz angażowanie rodziców/opiekunów prawnych w realizowane interwencje. Jednak elementami budzącymi zastrzeżenia jest bazowanie na ogólnych zapisach oraz brak spójności w przedstawianiu kolejnych części projektu.

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

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

Monitorowanie programu zostało zaplanowane poprawnie. Natomiast ewaluacja programu wymaga korekty zgodnie z uwagami w niniejszej opinii. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji



będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

Budżet programu wymaga weryfikacji w odniesieniu do kosztów działań edukacyjnych. Należy także pamiętać, iż w kosztorysie powinna zostać określona kwota przeznaczona na pokrycie kosztów ewaluacji i monitorowania programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu zdrowia psychicznego dzieci w wieku szkolnym. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 124 260 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2020 (rok szkolny 2018/2019 oraz 2019/2020).

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

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego dotyczącego zaburzeń zdrowia psychicznego występujących wśród dzieci i młodzieży. Przedstawiono ogólne informacje dotyczące depresji, jej objawów przyczyn oraz zaburzeń często współwystępujących z depresją. Wskazano także sposoby jej leczenia. Jednak nie odniesiono się do profilaktyki selektywnej oraz wskazującej, która będzie stanowiła przedmiot działań realizowanych w ramach programu, co należy uzupełnić.

Opiniowany program realizuje następujące priorytety: *zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych* oraz *„zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).*

W treści projektu odniesiono się do danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie w skali światowej. Dane dotyczące odsetka dzieci i młodzieży wykazującego zaburzenia psychiczne, w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej, są podobne w wielu krajach i oscylują w granicach 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.

Zgodnie z danymi zawartymi w mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych, w 2014 r. w województwie śląskim, na którego terenie znajduje się Pszczyna, odnotowano 320 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako mieszane zaburzenia zachowania i emocji, co stanowiło 12,8% wszystkich hospitalizacji dzieci i młodzieży z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby psychiczne. Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. dzieci i młodzieży wyniosła 41,2 i była to 5. wartość spośród województw w Polsce.

Na podstawie rocznego sprawozdania z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych dla województwa śląskiego można wskazać, że w 2014 r. z psychoterapii indywidualnej skorzystało 31 601 osób, natomiast z psychoterapii grupowej/rodzinnej – 11 342 osoby. W jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych było 16 441 osób w wieku 0-18 lat, co stanowiło 9,5% populacji w ww. przedziale wiekowym. W jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w powiecie pszczyńskim leczone były łącznie 742 osoby z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień). Ponadto w ww. powiecie odnotowano 56 przypadków osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz 30 osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *zmniejszenie rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego oraz ich negatywnych konsekwencji wśród dzieci i młodzieży poprzez rozwijanie u nich kompetencji psychospołecznych oraz zwiększenie dostępu do specjalistycznej opieki psychologicznej i psychiatrycznej*. Zgodnie z regułą SMART cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Należy pamiętać, że osiągnięcie celu powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Zaproponowane założenie główne programu nie jest wyraźnie zdefiniowane i precyzyjnie wytyczone (w odniesieniu do planowanego czasu), zatem należy je przeformułować.

Dodatkowo zdefiniowano 8 celów szczegółowych, przy czym część z nich, analogicznie jak cel główny nie spełnia koncepcji SMART. Mogą pojawić się trudności w zmierzeniu zaproponowanych celów oraz sprawdzeniu czy faktycznie zostały osiągnięte. Ponadto niektóre cele nie stanowią oczekiwanych efektów, lecz działania, co także jest niezgodne z definicją celu. Zatem założenia programu tj. *wspieranie wychowawczych i profilaktycznych działań rodziców przez zachęcanie do prowadzenia rozmów z ich dziećmi na temat dbałości o zdrowie psychiczne, wspieranie rozwoju umiejętności współpracy, rozwiązywania problemów/konfliktów oraz podejmowania samodzielnych decyzji w grupie docelowej, wykształcenie umiejętności eliminowania czynników ryzyka chorób psychicznych, takich jak stres oraz stosowanie substancji psychoaktywnych czy nabycie w dzieciństwie oraz w okresie dorastania podstawowych umiejętności radzenia sobie z trudnościami w celu zbudowania indywidualnej odporności psychicznej* wymagają przekonstruowania. Ponadto cel szczegółowy: *rozwijanie umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży, w tym głównie umiejętności rozpoznawania i nazywania uczuć, umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami, kształtowania pozytywnej samooceny i pozytywnego obrazu siebie* cechuje złożoność, co również może przełożyć się na trudności w pomiarze stopnia realizacji tego założenia. Podsumowując, cele programowe wymagają przeformułowania zgodnie z regułą SMART.

W programie przedstawiono 6 mierników efektywności o charakterze ilościowym i jakościowym. Wskaźniki te mogą posłużyć do zmierzenia celu pn. *zwiększenie świadomości dzieci z grupy docelowej oraz ich rodziców/opiekunów prawnych w zakresie profilaktyki oraz rozpoznania objawów zdrowia psychicznego*. Mierniki odnoszące się do *liczby dzieci uczestniczących w programie (wd. 6 100/rok szkolny)* czy *odsetka populacji docelowej uczestniczącej w programie (wd. 100%)* mogą zostać wykorzystane do oceny zgłaszalności. Należy zaznaczyć, że wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu, co pozwoli na pomiar stopnia realizacji danego celu. W programie zaplanowano sprawdzenie poziomu wiedzy przy zastosowaniu badań ankietowych przed wdrożeniem planowanych działań edukacyjnych oraz po ich realizacji, co jest działaniem prawidłowym. Jednakże do projektu nie dołączono wzorów kwestionariuszy, zatem nie była możliwa weryfikacja ich treści. Ponadto nie wskazano mierników odnoszących się do celów: *wspieranie wychowawczych i profilaktycznych działań rodziców, rozwijanie umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży, wspieranie rozwoju umiejętności współpracy, rozwiązywania problemów/konfliktów oraz podejmowania samodzielnych decyzji, zwiększenie umiejętności zaspokajania potrzeb psychoemocjonalnych, wykształcenie umiejętności eliminowania czynników ryzyka chorób psychicznych, nabycie w dzieciństwie oraz w okresie dorastania podstawowych umiejętności radzenia sobie z trudnościami czy zwiększenie dostępu do opieki psychologicznej i psychiatrycznej*, co należy uzupełnić.

Populacja docelowa

Do udziału w programie mają zostać włączone dzieci oraz młodzież w wieku 7-14 lat, z terenu gminy Pszczyna. Interwencjami z zakresu edukacji zdrowotnej ma zostać objętych ok. 6 100 uczniów (100% populacji docelowej). Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2018 r. liczba dzieci w przedziale wiekowym 7-14 lat wyniesie 4 817, w roku 2019 – 4 363, natomiast w roku 2020 – 4 998. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej skierowane zostaną także do 1 800 rodziców/opiekunów prawnych ww. dzieci oraz ok. 1 000 rodziców/opiekunów prawnych dzieci przedszkolnych.

Warsztatami psychologicznymi realizowanymi w ramach profilaktyki selektywnej zaplanowano objąć 5% populacji docelowej – ok. 300 dzieci. Wskazano, że założenie to zostało przyjęte na podstawie danych przekazanych przez pedagogów szkolnych zatrudnionych w szkołach podstawowych na terenie gminy Pszczyna.

Specjalistyczna opieka psychologiczna lub psychologiczno-psychiatryczna realizowana w ramach profilaktyki wskazującej ma być skierowana do 2% populacji docelowej dzieci w wieku 7-14 lat (ok. 120 uczniów). Założenie to przyjęto na podstawie danych statystycznych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego dotyczących liczby osób poniżej 18. r.ż. leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Mając na uwadze przedstawione w niniejszej opinii dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, należy wskazać, w 2014 r., w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych było 16 441 osób w wieku 0-18 lat, co stanowiło 9,5% populacji w ww. przedziale wiekowym. Ww. odsetek jest większy i dotyczy populacji w szerszym przedziale wiekowym niż zakładany w projekcie.

W projekcie przedstawiono kryteria kwalifikacji do udziału w programie w odniesieniu do planowanych interwencji. W przypadku działań edukacyjnych jest to wiek uczestników 7-14 lat (klasy I-VIII szkół podstawowych) oraz zamieszkanie na terenie gminy Pszczyna. Do działań edukacyjnych zostaną zakwalifikowani także rodzice/opiekunowie prawni dzieci w ww. przedziale wiekowym oraz rodzice/opiekunowie prawni dzieci przedszkolnych.

W przypadku działań z zakresu profilaktyki selektywnej oraz wskazującej, oprócz ww. kryteriów kwalifikacji, wymagana będzie także pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego ucznia na dobrowolny udział w programie. Wskazano, że za kwalifikację do uczestnictwa w powyższych działaniach będzie odpowiedzialny pedagog szkolny. Jednak nie sprecyzowano, na czym będzie polegała indywidualna ocena pedagogiczna oraz na jakiej podstawie uczniowie kierowani będą na działania realizowane w ramach profilaktyki selektywnej czy wskazującej, co należy uzupełnić.

Warto zaznaczyć, że w treści projektu poświęconej populacji docelowej i kryteriom kwalifikacji brak jest odniesienia do zapisu, iż oceniany projekt jest ukierunkowany „na konkretny problem zdrowotny (zaburzenia nastroju, w tym depresyjne oraz zaburzenia nerwicowe, w tym lękowe)”. Zgodnie ze standardami europejskimi grupa docelowa może składać się z osób, grup, organizacji, społeczności, miejsc i/lub innych elementów pod warunkiem, że są one jasno określone i sprecyzowane. Niektóre programy wyodrębniają bezpośrednie grupy docelowe (np. młodzież zagrożona narkomanią) i grupy pośrednie (np. rodzice, nauczyciele, rówieśnicy). Stąd też populacja docelowa powinna być szczegółowo zdefiniowana i adekwatnie dostosowana do zakresu wdrażanego programu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA 2011).

Interwencja

W ramach programu zaplanowano następujące interwencje:

- dla populacji dzieci w wieku 7-14 lat:
 - działania z zakresu edukacji zdrowotnej;
 - warsztaty psychologiczne realizowane w ramach profilaktyki selektywnej;
 - specjalistyczną opiekę psychologiczną lub psychologiczno-psychiatryczną realizowaną w ramach profilaktyki wskazującej;
- dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci:
 - działania z zakresu edukacji zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna zostanie zaplanowana oraz będzie prowadzona przez pedagoga szkolnego/przedszkolnego w formie wykładu oraz dyskusji. Wskazano zakres tematyczny, częstotliwość, liczbę oraz czas trwania zajęć. Ponadto działania edukacyjne będą prowadzone także podczas warsztatów psychologicznych realizowanych w ramach profilaktyki selektywnej oraz podczas wizyt u psychologa realizowanych w ramach profilaktyki wskazującej. Jednakże należy zaznaczyć, że działania edukacyjne powinny być nakierowane na konkretny problem zdrowotny.

Rekomendacje National Institute for Health and Care Excellence/Social Care Institute for Excellence (NICE/SCIE 2017) kładą nacisk na angażowanie rodziców – grupowe programy szkoleniowe dla rodziców, jeśli jest to możliwe, powinny angażować obu opiekunów oraz: składać się z grup liczących od 10 do 12 rodziców; być oparte na modelu społecznego uczenia się, wykorzystując modelowanie, powtórzenia oraz informacje zwrotne w celu poprawy umiejętności rodzicielskich; składać się z 10-16 spotkań trwających od 90 do 120 minut; stosować wszystkie niezbędne materiały w celu zapewnienia spójnej realizacji programu.

Warto zaznaczyć, że zgodnie z aktualnymi zaleceniami interwencje specjalistyczne powinny być opisane szczegółowo, chociaż poziom szczegółowości zależy od zakresu programu oraz potencjalnych odbiorców (EMCDDA 2011). Mając na uwadze ogólny charakter programu oraz pobieżny opis zaplanowanych interwencji, nie można w sposób jednoznaczny stwierdzić, że przewidywany zakres oraz sposób realizacji działań znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych dowodach naukowych. Należy wskazać, że interwencje z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej są skuteczne w zmniejszaniu zaburzeń internalizacyjnych oraz ich symptomów, skuteczność ta utrzymuje się jednak przez krótki okres. Interwencje te mogą być prowadzone cyklicznie w środowisku szkolnym, skupiając się na dzieciach oraz nastolatkach (Stockings 2016). Zatem należy doprecyzować i uszczegółowić planowane interwencje zgodnie z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie.

Ponadto, zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, w przypadku wstępnej oceny dzieci/nastolatków, u których podejrzewane jest występowanie zaburzeń zachowania zaleca się użycie Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności Goodmana (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) – wypełnianego przez rodzica, opiekuna lub nauczyciela. Ocenie podlegać powinna obecność następujących czynników: współwystępowanie problemów z zakresu zdrowia psychicznego (np. depresja, zespół stresu pourazowego), zaburzenia neurorozwojowe (w szczególności autyzm, ADHD), trudności w nauce czy nadużywanie substancji psychoaktywnych wśród młodych osób.

Należy zaznaczyć, że „udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom” jest jednym z zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. W projekcie, w sposób ogólny wskazano, że działania te zostaną skierowane do grupy dzieci wysokiego ryzyka, zakwalifikowanych na podstawie indywidualnej oceny pedagogicznej przeprowadzanej przez pedagoga szkolnego. Biuro Analiz Sejmowych (BAS 2014), zaznacza że w przypadku wzmacniania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, szczególnie ważne jest wspieranie rodziny – zarówno na poziomie kompetencji wychowawczych, jak i ochrony zdrowia psychicznego rodziców.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności do programu ma być prowadzona w 4-miesięcznych i rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu. W ramach oceny zgłaszalności będą analizowane: „liczba rodziców z populacji docelowej, którzy zgłosili się do realizatora i wzięli udział w edukacji zdrowotnej”, „liczba dzieci z populacji docelowej, które wzięły udział w programie”, „liczba dzieci, które uczestniczyły w warsztatach psychologicznych” oraz „liczba dzieci, które skorzystały z cyklu wizyt w ramach specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-pedagogicznej”, co należy uznać za zasadne.

Ocena jakości świadczeń także została zaplanowana poprawnie i będzie się opierać analizie wyników ankiety satysfakcji skierowanej do rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w programie. Dodatkowo na bieżąco będą analizowane pisemne uwagi przekazywane koordynatorowi programu przez uczestników.

Natomiast ewaluacja programu została przedstawiona w sposób pobieżny i wymaga korekty. Wskazano, że zostanie ona przeprowadzona na podstawie corocznej oraz końcowej analizy: „odsetka

populacji docelowej uczestniczącej w poszczególnych interwencjach w programie”, „porównawczej wyników post-testów oraz pre-testów dotyczących wiedzy przekazywanej na spotkaniach z zakresu edukacji zdrowotnej – prowadzonych wśród dzieci oraz rodziców”, a także „ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu”. Należy zaznaczyć, że ewaluacja powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów. Natomiast przedstawione w treści projektu mierniki nie odpowiadają wszystkim wyznaczonym celom programu. Ich zakres w ogólnym stopniu umożliwia jedynie zmierzenie stopnia realizacji pierwszego z przedstawionych założeń szczegółowych („zwiększenie świadomości dzieci z grupy docelowej oraz ich rodziców/opiekunów prawnych w zakresie profilaktyki oraz rozpoznania objawów zdrowia psychicznego”). Brak natomiast odniesienia do sposobu zmierzenia stopnia realizacji pozostałych 7 celów szczegółowych, co należy uzupełnić.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis organizacji programu.

Świadczenia specjalistycznej opieki psychologicznej lub psychologiczno-psychiatrycznej w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym, udzielającym świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W sposób ogólny odniesiono się do kompetencji i wymagań wobec realizatora programu. Warto zaznaczyć, że zgodnie z wytycznymi klinicznymi, członkowie personelu realizatora muszą być wyposażeni w odpowiednią wiedzę, umiejętności oraz zachowania (EMCDDA 2011).

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej dotyczącej realizacji programu.

Zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym etapie jego realizacji, przy czym w przypadku rezygnacji przed zakończeniem programu rodzic/opiekun uczestnika zostanie poinformowany o możliwych konsekwencjach zdrowotnych takiego postępowania. Projekt przewiduje także przedstawienie efektów udziału oraz ścieżki postępowania w przypadku ukończenia pełnego cyklu działań zaplanowanych w programie celem uniknięcia zaburzeń zdrowia psychicznego lub ich negatywnych konsekwencji.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 124 260 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych działań. Jednak w odniesieniu do działań edukacyjnych skierowanych do rodziców dzieci przedszkolnych należy uściślić liczbę spotkań (w części projektu opisującej budżet wskazano 38 spotkań, natomiast inne zapisy mówią łącznie o 6 spotkaniach) i zweryfikować koszty ww. działań. W projekcie należy także uwzględnić koszty związane z monitorowaniem i ewaluacją programu.

W projekcie wskazano, że program będzie finansowany z budżetu miasta. Jednocześnie zaznaczono, że gmina będzie starała się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie w 2019 r. ze środków NFZ, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi w przedmiotowym zakresie.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Problem zdrowotny dotyczy profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego występujących wśród dzieci i młodzieży. W literaturze przedmiotu można znaleźć dwa główne podziały poziomów ww. profilaktyki. Starsza klasyfikacja, wprowadzona w 1957 r. przez Komisję do spraw Chronicznych Chorób, zatwierdzona także przez WHO uwzględnia profilaktykę pierwszorzędową, drugorzędową i trzeciorzędową. Natomiast nowa klasyfikacja, wprowadzana stopniowo od 2000 roku uwzględnia profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą.

Dane dotyczące odsetka dzieci i młodzieży wykazującego zaburzenia psychiczne, w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej, są dość zgodne w wielu krajach i oscylują w granicach 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.

Zaznaczyć należy, że zaburzenia zachowania częściej dotyczą chłopców niż dziewcząt – występują one u 7% chłopców oraz 3% dziewcząt w przedziale wiekowym 5-10 lat. W przypadku nastolatków w przedziale wiekowym 11-16 lat odsetek ten wzrasta do 8% u chłopców oraz 5% u dziewcząt. Co istotne zaburzenia zachowania często współwystępują z innymi problemami natury psychicznej: 46% chłopców i 36% dziewcząt ma co najmniej jeden współistniejący problem z zakresu zdrowia psychicznego (National Institute for Health and Care Excellence NICE 2017).

Alternatywne świadczenia

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 z późn. zm.) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin.

W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie odbywa się w warunkach:

- stacjonarnych – psychiatrycznych, leczenia uzależnień oraz w izbie przyjęć,
- dziennych – psychiatrycznych i leczenia uzależnień,
- ambulatoryjnych – psychiatrycznych, leczenia środowiskowego (domowego) oraz leczenia uzależnień.

W ramach wskazanej opieki pacjentom bezpłatnie przysługują:

- warunki stacjonarne: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne (m.in. przedmioty ortopedyczne), wyżywienie (z zastrzeżeniem art. 18 ustawy), edukacja i konsultacje dla rodzin;
- warunki dzienne: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wyżywienie, edukacja i konsultacje dla rodzin;
- warunki ambulatoryjne: świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki niezbędne w stanach nagłych, edukacja i konsultacje dla rodzin.

Obecnie w Polsce realizowany jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022. Wśród jego celów głównych wymienić należy:

- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb;
- prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;
- monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA 2011) i National Institute for Health and Care Excellence/ Social Care Institute for Excellence (NICE/SCIE 2017).

W przypadku wstępnej oceny dzieci/nastolatków, u których podejrzewane jest występowanie zaburzeń zachowania zaleca się użycie Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności Goodmana (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) – wypełnianego przez rodzica, opiekuna lub nauczyciela. Ocenie podlegać powinna obecność następujących czynników: współwystępowanie problemów z zakresu zdrowia psychicznego (np. depresja, zespół stresu pourazowego), zaburzenia neurorozwojowe (w szczególności autyzm, ADHD), trudności w nauce, nadużywanie substancji psychoaktywnych wśród młodych osób. Standardowe elementy kompleksowej oceny zaburzeń zachowania powinny obejmować pytania o następujące kwestie oraz ich ocenę: podstawowe objawy zaburzeń zachowania, obecne relacje rówieśnicze w środowisku domowym i szkolnym, jakość opieki rodzicielskiej, historia występowania zaburzeń psychicznych.

Profilaktyka selektywna odnosi się do interwencji skierowanych do jednostek bądź też podgrup populacji, w przypadku których istnieje znacznie większe ryzyko rozwoju zaburzeń zachowania, o czym świadczą indywidualne (np. niewielkie osiągnięcia w nauce, impulsywność), rodzinne (np. kontakt rodziców z wymiarem sprawiedliwości, nadużycia wobec dzieci) i społeczne czynniki ryzyka (np. niewielki dochód rodziny czy też niski poziom wykształcenia jej członków). Dzieciom w przedziale wiekowym 3-7 lat z klas, w których duży odsetek uczniów został zidentyfikowany jako grupa ryzyka rozwoju zaburzeń opozycyjno-buntowniczych bądź zaburzeń zachowania, należy zaoferować programy dot. nauki emocji oraz rozwiązywania problemów, które będą prowadzone w warunkach klasowych. Prowadzone w warunkach klasowych programy dot. nauki emocji oraz rozwiązywania problemów powinny odbywać się w pozytywnej atmosferze oraz mieć na celu: wzrost świadomości dzieci na temat ich własnych emocji oraz emocji odczuwanych przez innych, naukę samokontroli w sytuacjach pobudzenia, promowanie pozytywnego postrzegania samego siebie oraz dobre relacje z rówieśnikami, rozwijanie u dzieci umiejętności związanych z rozwiązywaniem problemów. Programy te powinny liczyć do 30 sesji prowadzonych w warunkach klasowych przez okres 1 roku szkolnego.

Profilaktyka wskazująca odnosi się do interwencji skierowanych do jednostek z grup wysokiego ryzyka, u których zidentyfikowane zostały wykrywalne oznaki lub symptomy mogące prowadzić do rozwoju zaburzeń zachowania. Prezentowane rekomendacje są stosowane dla dzieci oraz młodych dorosłych, w przypadku których zdiagnozowane zostały zaburzenia opozycyjno-buntownicze lub zaburzenia zachowania, którzy mają kontakt z wymiarem sprawiedliwości z powodu zachowań antyspołecznych, bądź też zostali zidentyfikowani jako narażeni na wysokie ryzyko zaburzeń zachowania (przy użyciu ustalonych skal zachowań antyspołecznych, np. Child Behavior Checklist oraz Eyberg Child Behavior Inventory).

Program grupowego/indywidualnego szkolenia rodziców oraz opiekunów zastępczych powinien zostać zaoferowany rodzicom/opiekunom dzieci w przedziale wiekowym 3-11 lat, które: zostały zidentyfikowane jako należące do grupy wysokiego ryzyka rozwoju zaburzeń opozycyjno-buntowniczych lub zaburzeń zachowania; mają zaburzenia opozycyjno-buntownicze lub zaburzenia zachowania; mają kontakt z wymiarem sprawiedliwości z powodu zachowań antyspołecznych (NICE/SCIE 2017).

Grupowe programy szkoleniowe dla rodziców, jeśli jest to możliwe, powinny angażować obu opiekunów oraz składać się z grup liczących od 10 do 12 rodziców; być oparte na modelu społecznego uczenia się, wykorzystując modelowanie, powtórzenia oraz informacje zwrotne w celu poprawy umiejętności rodzicielskich; składać się z 10-16 spotkań trwających od 90 do 120 minut; stosować wszystkie niezbędne materiały w celu zapewnienia spójnej realizacji. Różnicą w przypadku indywidualnych programów szkoleniowych dla rodziców jest liczba spotkań oraz czas ich trwania: 8-10 spotkań trwających od 60 do 90 minut.

Grupowe programy szkoleniowe dla opiekunów zastępczych, jeśli to możliwe i służy dobru dziecka, powinny angażować obu opiekunów oraz: wykorzystywane interwencje powinny być zmodyfikowane i dostosowane do warunków sprawowania opieki nad dzieckiem; składać się z grup liczących od 8 do 12 opiekunów; być oparte na modelu społecznego uczenia się, wykorzystując modelowanie, powtórzenia oraz informacje zwrotne w celu poprawy umiejętności rodzicielskich; składać się z 12-16 spotkań trwających od 90 do 120 minut; stosować wszystkie niezbędne materiały w celu zapewnienia spójnej realizacji programu. Różnicą w przypadku indywidualnych programów szkoleniowych dla opiekunów zastępczych jest liczba spotkań oraz czas ich trwania: do 10 spotkań trwających po 60 minut.

Grupowe programy skupione na rozwiązywaniu problemów społecznych oraz poznawczych powinny zostać zaoferowane dzieciom/młodzieży w przedziale wiekowym 9-14 lat, którzy: zostali zidentyfikowani jako należący do grupy wysokiego ryzyka rozwoju zaburzeń opozycyjno-buntowniczych lub zaburzeń zachowania; mają zaburzenia opozycyjno-buntownicze lub zaburzenia zachowania; mają kontakt z wymiarem sprawiedliwości z powodu zachowań antyspołecznych.

Grupowe programy skupione na rozwiązywaniu problemów społecznych oraz poznawczych powinny być dostosowane do poziomu rozwoju dziecka oraz: powinny być oparte na poznawczo-behawioralnym modelu rozwiązywania problemów; wykorzystywać modelowanie, powtórzenia oraz informacje zwrotne w celu poprawy umiejętności; składać się z od 10 do 18 cotygodniowych spotkań trwających 2 godziny; stosować wszystkie niezbędne materiały w celu zapewnienia spójnej realizacji programu.

Odnalezione dowody naukowe z zakresu skuteczności klinicznej/bezpieczeństwa wskazują, że interwencje dotyczące profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej są skuteczne w zmniejszaniu zaburzeń internalizacyjnych oraz ich symptomów, skuteczność ta utrzymuje się jednak przez krótki okres. Interwencje te mogą być prowadzone cyklicznie w środowisku szkolnym, skupiając się na dzieciach oraz nastolatkach (Stockings 2016). Uniwersalne interwencje rodzinne ukierunkowane na relacje rodzic-dziecko wydają się być skuteczne w prewencji oraz redukcji zażywania marihuany wśród młodzieży, ale nie w prewencji zażywania innych nielegalnych narkotyków. W przypadku grup wysokiego ryzyka (profilaktyka selektywna) brak jasnych dowodów dotyczących skuteczności interwencji rodzinnych w prewencji oraz redukcji zażywania nielegalnych narkotyków oraz związanymi z tym zaburzeniami, przy czym trzy małe RCT wskazują na korzystny efekt interwencji rodzinnych w zmniejszaniu częstości sięgania po nielegalne substancje wśród młodzieży zażywającej/nadużywającej substancji psychoaktywnych (profilaktyka wskazująca) (Vermeulen-Smit 2015). Istnieją wstępne dowody dot. skuteczności programów profilaktycznych (ukierunkowanych na profilaktykę selektywną) – zwłaszcza, gdy czas ich trwania był dłuższy niż 10 tygodni oraz gdy uwzględniały one elementy treningu umiejętności dla dzieci, rodziców i rodzin. Wymagana jest jednak większa liczba przeprowadzonych ocen, które charakteryzowałyby się lepszą jakością. Nowe badania powinny skupić się na zróżnicowanym wpływie danych komponentów programu oraz mechanizmach ich dostarczania. Powinny one badać również długoterminowe skutki związane z używaniem substancji psychoaktywnych przez dzieci, przestępczością, zdrowiem psychicznym oraz fizycznym, a także wynikami w szkole (Bröning 2012).

Eksperti kliniczni wskazują, że zaburzenia depresyjne i zaburzenia nerwicowe wymagają obok innych form leczenia (farmakoterapii) głównie pomocy psychologicznej i psychoterapii - często jako wiodącej formy interwencji leczniczej. Wg ekspertów należy nadać większe znaczenie potrzebie kompleksowego oddziaływania w profilaktyce leczenia depresji. Konieczne jest prowadzenie systematycznej, planowej psychoedukacji i równoległych do farmakoterapii oddziaływań psychoterapeutycznych. W procesie tym powinni być uwzględnieni psychoterapeuci, psychologowie, pedagodzy (w szkołach i innych placówkach oświatowych), jako osoby prowadzące profilaktykę i działania pomocowe w zakresie udzielania interwencji psychologicznej i psychoterapii. W opinii ekspertów niezwykle ważne wydaje się prowadzenie działań edukacyjnych w wyodrębnionych grupach młodzieży, ludzi w podeszłym wieku, jak również przyjrzenie się zjawisku depresji okołoporodowej. Istotnym jest aby podejmowane działania miały charakter ciągły. Świadomość społeczną najłatwiej modyfikować poprzez działania edukacyjne (zwiększenie wiedzy). Najskuteczniej można przekazać tę wiedzę poprzez organizowanie kampanii na rzecz zmiany postaw wobec choroby oraz chorych psychicznie, a także prowadzenie określonych działań profilaktycznych.

Odnalezione dowody naukowe w zakresie skuteczności ekonomicznej wskazują, że interwencje psychologiczne z zakresu profilaktyki uniwersalnej i wskazującej prowadzone metodą twarzą-w-twarz skutkowały ICER nieprzekraczającym 50 000 dolarów na 1 uniknięte DALY (w tym prewencja uniwersalna pozwoliła na zaoszczędzenie 7 350 dolarów, a wskazująca 19 550 dolarów (95% UI)). Analiza wrażliwości pozwoliła wykazać, że interwencje dostarczane za pomocą Internetu były wysoko efektywne kosztowo, przy założeniu, że w interwencjach tego typu brało udział od 50% do 100% uczestników. Wyniki te powinny być jednak interpretowane z ostrożnością (ze względu na niewielką ilość danych). W podsumowaniu wskazać należy, że interwencje psychologiczne prowadzone w środowisku szkolnym wydają się być efektywne kosztowo. Wymagane jest jednak prowadzenie dalszych badań w tym zakresie (Lee 2017).

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.16.2018 „Program ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna” realizowany przez: miasto Pszczyna, Warszawa, marzec 2018 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 72/2018 z dnia 26 marca 2018 roku o projekcie programu „Program ochrony zdrowia psychicznego dzieci szkolnych w Gminie Pszczyna”.