



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 42/2019 z dnia 29 marca 2019 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki**  
**zdrowotnej w zakresie wsparcia ratowników medycznych**  
**z województwa mazowieckiego w związku z narażeniem na zespół**  
**stresu pourazowego na lata 2019-2021” realizowanego przez**  
**województwo mazowieckie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie wsparcia ratowników medycznych z województwa mazowieckiego w związku z narażeniem na zespół stresu pourazowego na lata 2019-2021”.

**Uzasadnienie**

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie działań w zakresie wsparcia ratowników medycznych z województwa mazowieckiego w związku z narażeniem na zespół stresu pourazowego. W ramach programu oferuje się jednorazowe przeprowadzenie testów diagnostycznych oraz ich potwierdzenie przez specjalistę bez udzielenia kompleksowej interwencji terapeutycznej dla osób, u których wykryty zostanie zespół stresu pourazowego. Pacjent zostanie jedynie poinformowany o zalecanym postępowaniu w celu podjęcia leczenia. Mając na uwadze odnalezione wytyczne oraz specyfikę omawianego schorzenia (objawy widoczne w późniejszym okresie od zdarzenia), należy stwierdzić, że zaproponowane postępowanie jest niewystarczające do postawienia ostatecznej diagnozy. Rekomendacje kliniczne wskazują, że postawienie ostatecznej diagnozy możliwe jest dopiero po kilkukrotnym zbadaniu pacjenta w różnych odstępach czasu. Ponadto dodatkowym ograniczeniem programu jest brak zaplanowanej ścieżki terapeutycznej. Uczestnik programu ze stwierdzonym problemem psychicznym powinien zostać od razu skierowany do terapeuty (np. poza programem), nie zaś pozostawiony jedynie z diagnozą. Dodatkowo, w ramach programu ścieżka pacjenta powinna być stale monitorowana.

Ponadto wątpliwe wydaje się założenie, że do programu samodzielnie zgłosi się zaplanowany odsetek populacji docelowej, biorąc pod uwagę, że kontekst problemu zdrowotnego można uznać za wstydlivy i nieakceptowalny społecznie, a nierzadko chorzy nie są świadomi narastających problemów psychicznych.

Pomimo, że zaplanowane szczegółowe interwencje diagnostyczne pozostają zgodne z wytycznymi, to całościowy charakter programu wydaje się być niewystarczający do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych wskazanej grupy odbiorców. Wydaje się, że ze względu na charakter pracy i narażenia zdrowotne grupa ta powinna mieć możliwy stały dostęp do porad psychologicznych, nie zaś do działań realizowanych doraźnie.

Odnosząc się do pozostałych elementów programu, należy wskazać, że :



- Cele programu nie zostały opracowane zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności również nie pozwalają na pełną ocenę efektów działań realizowanych w ramach programu.
- Monitorowanie i ewaluacja nie zawierają szczegółowych informacji pod kątem oceny zgłaszalności i efektywności programu.
- W budżecie programu nie uwzględniono kosztów dodatkowych badań diagnostycznych oraz badania neuropsychologicznego i metod obrazowych, co wymaga uzupełnienia.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu w zakresie wsparcia ratowników medycznych w związku z narażeniem na zespół stresu pourazowego (ang. posttraumatic stress disorder PTSD). Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 500 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2021.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) 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 program wpisuje się w priorytet: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469).

Przedmiotowy program odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim jest zespół stresu pourazowego u ratowników medycznych. W projekcie przedstawiono opis problemu zdrowotnego oraz wyniki badań epidemiologicznych korespondujących z wybranym problemem zdrowotnym.

Zgodnie z informacjami przedstawionymi w projekcie na PTSD może cierpieć 8-20% pracowników służb ratunkowych.

Należy zaznaczyć, że mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ) w zakresie zaburzeń psychicznych nie zawierają danych epidemiologicznych odnoszących się do konkretnej jednostki chorobowej jaką jest PTSD. W MPZ znajdują się jednak informacje dotyczące ogółu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i postacią somatyczną. W 2016 roku w województwie mazowieckim odnotowano 0,60 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną, co stanowiło 1,57% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby psychiczne.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu diagnostyki zespołu stresu pourazowego dla grupy ratowników medycznych z województwa mazowieckiego w latach 2019-2021”.

W projekcie wskazano także 3 cele szczegółowe:

- (1) „zbadanie częstości występowania zespołu stresu pourazowego w populacji uczestników programu”,
- (2) „wzrost poziomu wiedzy uczestników programu na temat problematyki dotyczącej zespołu stresu pourazowego”,
- (3) „zwiększenie podejmowania leczenia lub pogłębionej diagnozy zespołu stresu pourazowego”.

Należy podkreślić, że dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Ww.

założenia programu nie są w pełni zgodne z ww. zasadą i wymagają przeformułowania (m.in. należy przedstawić wartości docelowe, jakie zamierza się osiągnąć w ramach realizacji zaplanowanych w programie działań). Pierwszy cel szczegółowy został sformułowany w postaci działania, a nie rezultatu, jaki zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu i również wymaga przekonstruowania.

W treści projektu przedstawiono 14 mierników efektywności, przy czym niektóre z nich nie odnoszą się bezpośrednio do celów programu, a bardziej do monitorowania zgłaszalności (np. „liczba podmiotów, w których została udostępniona informacja o możliwości udziału w programie”, „liczba osób aplikujących do programu w danym roku”, „liczba osób, które zakwalifikowano do udziału w programie w danym roku”). Należy także podkreślić, że wskaźniki odnoszące się do liczby przeprowadzonych działań edukacyjnych (indywidualnych oraz grupowych) oraz liczby uczestników działań edukacyjnych przeprowadzonych w formie indywidualnej lub grupowej nie będą miarodajne w kontekście celu dotyczącego wzrostu poziomu wiedzy, gdyż sama liczba spotkań czy liczba osób w nich uczestniczących nie wpływa bezpośrednio na przyswojenie informacji. Dopiero dzięki sprawdzeniu wiedzy przed i po udziale w programie, np. za pomocą ankiety lub pre- i post-testów, możliwe będzie obiektywne i precyzyjne zmierzenie stopnia realizacji ww. celu. W ramach projektu, w części dotyczącej opisu sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wskazano, że pomiar efektywności przeprowadzonych działań edukacyjnych odbędzie się przez porównanie stanu wejściowego wiedzy uczestników ze stanem wyjściowym. Narzędziem badawczym będzie test jednokrotnego wyboru przeprowadzony przed i po edukacji. O wzroście poziomu wiedzy świadczyć będzie wynik lepszy o co najmniej jedną odpowiedź poprawną więcej przy ponownym badaniu. Do projektu załączono wzór kwestionariusza, w którym znajdują się m.in. pytania dotyczące czynników ryzyka, objawów PTSD, metod leczenia czy skutków nieleczenia. Powyższy element powinien znaleźć swoje odzwierciedlenie w części projektu dotyczącej mierników efektywności oraz w ewaluacji programu.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią ratownicy medyczni, którzy są mieszkańcami woj. mazowieckiego lub są zatrudnieni w podmiocie leczniczym znajdującym się na terenie woj. mazowieckiego. Zgodnie z treścią projektu liczba ratowników medycznych w woj. mazowieckim w 2017 r. wynosiła 1 146. Natomiast według danych GUS w 2017 r. na terenie woj. mazowieckiego w zawodzie ratownika medycznego pracowały 1 294 osób. Działania zaplanowane w ramach projektu mają objąć ok. 740 osób (ok. 65% populacji docelowej). Przy czym wskazano, że w razie dużego zainteresowania programem, środki finansowe na realizację programu zostaną zwiększone w celu zapewnienia udziału 100% populacji docelowej.

W projekcie określono kryteria kwalifikacji do programu. Przy czym w warunkach wyłączenia z programu należy uwzględnić kwestię, czy potencjalny uczestnik nie korzysta już ze świadczeń w ramach NFZ. Ponadto, mając na uwadze kontekst problemu zdrowotnego i specyfikę pracy ratownika medycznego, założenie, że do programu samodzielnie zgłosi się zaplanowany odsetek populacji docelowej, może zostać niespełnione.

#### Interwencja

W ramach interwencji zaplanowano przeprowadzenie: badania diagnostycznego w kierunku wykrycia depresji, konsultacji ze specjalistą oraz działań edukacyjnych dla ratowników medycznych.

W ramach diagnostyki, obligatoryjnie u każdego uczestnika, zostanie wykonany wywiad ustrukturyzowany (przy użyciu narzędzia SCID-5-PD –Ustrukturyzowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń Osobowości DSM-5) oraz badanie za pomocą metody opartej na samoocenie (przy użyciu narzędzia IES-R – Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń) w celu potwierdzenia lub wykluczenia PTSD u uczestników programu. W treści projektu wskazano także na możliwość przeprowadzenia dodatkowych badań diagnostycznych i określono możliwe narzędzia w tym zakresie, tj.: wywiad skali symptomów PTSD (PSS-I, PTSD Symptom Scale-Interview); skala PTSD w formie wywiadu klinicznego (CAPS, Clinician Administered PTSD Scale); schemat wywiadu diagnostycznego (DIS, Diagnostic Interview Schedule); wywiad dla zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD-I, Posttraumatic Stress

Disorder Index); cywilna wersja skali Mississippi (MSC, Mississippi Scale for Civilian Related PTSD); pourazowa skala diagnostyczna (PTSD, Posttraumatic Distress Syndrome); skala urazu Davidsona (DTS, Davidson Trauma Scale); kwestionariusz do pomiaru zaburzenia po stresie traumatycznym (K-PTSD); kwestionariusz do pomiaru zaburzenia po stresie traumatycznym wersja czynnikowa (PTSD-C); SRS-PTSD (Self-Rating Scale for PTSD); PCL (PTSD-Checklist); w tym PCL-C (civilian), PCL-S (specific traumatic event); kwestionariusz PTSD Salomona; wywiad PTSD Goldsteina, kwestionariusz Carda; kwestionariusz Foy; badania neuropsychologiczne i metody obrazowe.

W rekomendacjach (NICE 2018, NHMRC 2013) wskazuje się, że badania przesiewowe mogą być przeprowadzane m.in. w grupach zwiększonego ryzyka, w tym wśród pracowników pogotowia ratunkowego.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi przeprowadzanie ustrukturyzowanych wywiadów klinicznych jest kluczowym elementem rzetelnej diagnozy PTSD oraz pomiaru ciężkości objawów choroby. Rekomendowane jest stosowanie narzędzi diagnostycznych opartych na samoocenie, które są zgodne z najnowszymi kryteriami oraz spełniają swoje zadania psychometryczne (NHMRC 2013). Istnieje wiele różnych narzędzi wykorzystywanych podczas badań przesiewowych oraz diagnostycznych w kierunku wykrycia PTSD. Większość narzędzi wymienionych w projekcie znajduje odzwierciedlenie w dowodach naukowych oraz rekomendacjach (nie odnaleziono odniesień do kwestionariusza PTSD Salomona; wywiadu PTSD Goldsteina, kwestionariusza Carda i kwestionariusza Foy).

Zgodnie z przeglądem systematycznym Brewin 2005 badania przesiewowe dla PTSD są skuteczne. Narzędzia z mniejszą liczbą elementów, prostszymi skalami reakcji i prostszymi metodami punktacji są równie skuteczne, jeśli nie bardziej, niż dłuższe i bardziej skomplikowane metody. Ogólna skuteczność testów diagnostycznych (opartych o kryteria DSM IV) wynosi ok. 85%. Uśredniona wartość predykcyjna dodatnia wynosi ok. 70% (Brewin 2005). Zgodnie z przeglądem systematycznym Del\_Vecchio 2011 narzędziami, które cechowały się najwyższymi poziomami skuteczności diagnostycznej (ponad 90%) były IES-R, PCL-C, TSQ, PSS-SR.

Należy zaznaczyć, że rekomendacje podkreślają, iż ocena pacjenta powinna odbywać się w kilku różnych terminach po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego, w szczególności u osób, którzy prezentują objawy chorobowe i ich stan zdrowia ulega pogorszeniu (NHMRC 2013). Wykonywanie jednorazowego badania przesiewowego nie jest zalecane, ponieważ PTSD w przypadku wielu osób jest zaburzeniem o zmiennym przebiegu, jego początek może być opóźniony, a objawy mogą wystąpić po długim czasie od wystąpienia zdarzenia. Osoby, które nie prezentują objawów PTSD podczas danego pomiaru mogą prezentować objawy podczas kolejnego przeprowadzonego w późniejszym terminie. Nie ma dowodów naukowych wskazujących na sugerowaną częstość wykonywania badań przesiewowych. Jedne rekomendacje wskazują na prowadzenie skryningu corocznie przez 5 lat od momentu wystąpienia traumatycznego wydarzenia, inne na prowadzenie badań przesiewowych podczas konkretnych cykli zatrudnienia (VA/DoD 2017). W projekcie zaplanowano jednorazowe badanie diagnostyczne, zatem biorąc pod uwagę przytoczone rekomendacje, sugeruje się rozważenie możliwości ponownego badania uczestnika np. po roku w celu potwierdzenia lub wykluczenia PTSD.

Każdy uczestnik, który uzyskał pozytywny wynik w badaniu przesiewowym weźmie udział w indywidualnej konsultacji ze specjalistą (lekarzem ze specjalizacją z zakresu psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, magistra z dziedziny psychologii). Celem konsultacji będzie potwierdzenie lub wykluczenie PTSD, omówienie wyników przeprowadzonych badań, przekazanie uczestnikowi informacji o: dalszym zalecanym postępowaniu w celu podjęcia leczenia (uwzględniając w szczególności świadczenia finansowane ze środków publicznych), skutkach niepodejmowania leczenia oraz metodach profilaktyki. Specjalista postawi diagnozę posiłkując się wynikami wywiadu ustrukturyzowanego i badania za pomocą metody opartej na samoocenie i innych przeprowadzonych badań diagnostycznych.

Powyższe podejście jest zgodne z rekomendacjami NICE 2018, VA/DoD 2017, RANZCP 2015, NHMRC 2013, które wskazują, że diagnostyka PTSD powinna opierać się w głównej mierze na ocenie

dokonanej przez specjalistów. Należy podkreślić, że klinicyści nie powinni opierać diagnozy jedynie na badaniach za pomocą metod opartych na samoocenie lub pytaniach zadawanych pacjentowi. Diagnoza powinna być postawiona po przeprowadzeniu szczegółowej analizy stanu pacjenta (RANZCP 2015).

W odniesieniu do działań edukacyjnych (indywidualnych lub grupowych) wskazano ich zakres tematyczny, formę (prelekcja), czas trwania (minimum 45 minut) oraz osobę odpowiedzialną za przeprowadzenie edukacji (lekarz psychiatra, psychiatra dzieci i młodzieży lub magister psychologii).

Zgodnie z rekomendacjami NICE 2018 dostarczenie informacji i wsparcia osobom z PTSD oraz, w razie konieczności, ich rodzinom lub opiekunom powinno uwzględniać: najczęstsze reakcje na traumatyczne wydarzenia, włączając w to objawy oraz przebieg PTSD; diagnostykę, leczenie i metody wsparcia; wskazanie miejsca prowadzenia opieki, co zostało uwzględnione w opiniowanym projekcie.

Podsumowując, zaplanowane interwencje częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Za element uzupełniający świadczenia gwarantowane można uznać m.in. działania edukacyjne.

W projekcie nie wskazano uzasadnienia prowadzenia diagnostyki przez psychiatrę dzieci i młodzieży. Należy podkreślić, że działania będą prowadzone wyłącznie wśród osób dorosłych. Ponadto, w opinii eksperta klinicznego, w związku z używaniem metod psychologicznych do diagnozy PTSD, na potrzeby programu, specjalistą powinien być psycholog z przynajmniej 2 letnim doświadczeniem klinicznym, co warto rozważyć.

Odnosząc się do ścieżki postępowania z pacjentem, w ramach programu oferuje się jednorazowe przeprowadzenie badań diagnostycznych oraz potwierdzenie/wykluczenie diagnozy przez specjalistę bez udzielenia kompleksowej interwencji leczniczej dla osób, u których wykryty zostanie zespół stresu pourazowego, co stanowi istotne ograniczenie ocenianego projektu. Pacjent zostanie jedynie poinformowany o zalecanym postępowaniu w celu podjęcia leczenia.

Zgodnie z wytycznymi NICE 2018 należy zaoferować zindywidualizowaną terapię behawioralno-poznawczą wszystkim osobom, które mają ostre zaburzenia stresowe lub klinicznie istotne objawy PTSD. Interwencje powinny uwzględniać m.in. terapię przetwarzania poznawczego (CPT – Cognitive Processing Therapy), narracyjną terapię ekspozycji (NET – Narrative Exposure Therapy) oraz terapię metodą przedłużonej ekspozycji (PET – Prolonged Exposure Therapy).

Mając na uwadze wytyczne kliniczne oraz specyfikę rozpatrywanego problemu zdrowotnego konieczne jest wskazanie dokładnej ścieżki postępowania z pacjentem oraz monitorowanie stanu pacjenta, również po zakończeniu udziału w programie.

#### Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano monitorowanie i ewaluację programu, przy czym niektóre elementy wymagają doprecyzowania.

W ramach oceny zgłaszalności należy także monitorować liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie ze wskazaniem przyczyn.

Ocena jakości świadczeń została zaplanowana prawidłowo i obejmuje analizę ankiety satysfakcji wśród uczestników programu oraz uwag zgłaszanych przez osoby biorące udział w programie.

W ramach ewaluacji programu wskazano mierniki, umożliwiające ocenę efektywności programu. Jednakże, jak wskazano w niniejszej opinii w części dotyczącej mierników efektywności, wymagają one doprecyzowania.

#### Warunki realizacji

Projekt programu zawiera również opis jego organizacji wraz z harmonogramem, z wyszczególnieniem kolejnych etapów programu.

Realizatorzy programu zostaną wybrani w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Odniesiono się także ogólnie do kompetencji/warunków niezbędnych do realizacji programu.

W projekcie zaplanowano akcję informacyjną nt. programu.

Odniesiono się także do sposobu zakończenia udziału w programie. Rezygnacja z uczestnictwa w programie będzie możliwa na każdym etapie, na życzenie uczestnika.

Koszt całkowity programu oszacowano na 500 000 zł (2019 r. – 100 000 zł, 2020 r. – 200 000 zł, 2021 r. – 200 000 zł). Koszt jednostkowy wyceniono na 763,20 zł i obejmuje on koszt kwalifikacji uczestnika do programu (75 zł), wywiad ustrukturyzowany z wykorzystaniem narzędzia SCID-5-PD (140 zł), badanie za pomocą metody opartej na samoocenie z zastosowaniem narzędzia IES-R (80 zł), wizyta u specjalisty dla uczestników z pozytywnym wynikiem badania (125 zł), działania edukacyjne (130 zł), badanie wiedzy uczestników programu (86 zł) oraz koszty pośrednie (127,20 zł). W projekcie programu nie uwzględniono kosztów dodatkowych badań diagnostycznych oraz badania neuropsychologicznego i metod obrazowych. W ramach kosztów pośrednich nie wskazano kosztów poszczególnych składowych. Powyższe kwestie wymagają weryfikacji.

Program ma być finansowany ze budżetu Samorządu Województwa Mazowieckiego.

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

#### Problem zdrowotny

Zaburzenia stresowe pourazowe są to opóźnione lub/i przedłużone reakcje na wydarzenie lub istnienie krótko- lub długotrwałej sytuacji o wyjątkowo obciążającym i zagrażającym charakterze (w czasie wojny, okupacji, holocaustu, przeżycia tortur, gwałtu, ataków terroryzmu, związanych z klęskami żywiołowymi itp.). Występuje dotkliwe, natrętne przypominanie sobie sytuacji lub wydarzeń we wspomnieniach, wyobrażeniach na jawie lub w snach oraz obojętnienie uczuciowe, izolowanie się, unikanie bodźców wywołujących wspomnienia. Trwają one od kilku tygodni do 6 miesięcy. Przewlekłe późne następstwa, które niekiedy przejawiają się przez dziesiątki lat, określa się jako trwałe zmiany osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej.

Czynnikami predysponującymi są: osobowość (asteniczna, anankastyczna) lub wcześniejsza dekompensacja nerwicowa. Te czynniki mogą obniżyć próg podatności na rozwój zaburzenia lub przyczynić się do zaostrzenia jego przebiegu, ale nie są one konieczne ani wystarczające do jego wystąpienia. Przeżywanie na nowo urazowej sytuacji w natrętnych wspomnieniach i koszmarach nocnych, które pojawiają się na tle poczucia odrętwienia i przytępienia uczuciowego, izolowania się do ludzi, braku reakcji na otoczenie, anhedonii, a także unikanie działań i sytuacji, które mogą przypominać uraz.

Reakcje psychologiczne na traumę, której wyrazem może być PTSD, są ważne z klinicznego punktu widzenia, gdyż wyniki badań populacyjnych wskazują, że ryzyko wystąpienia tego zaburzenia w ciągu całego życia wynosi 1,9-8,8% osób z populacji ogólnej. Oznacza to, że PTSD jest częstym problemem zdrowia psychicznego. Około 61% mężczyzn i 51% kobiet potwierdza obecność przynajmniej jednego wydarzenia traumatycznego w swoim życiu, z czego 25-50% osób potwierdza, że przeżyło 2 i więcej wydarzeń traumatycznych. Wskaźnik osób z PTSD wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej może sięgać nawet 12,39% osób. Istnieje bardzo duża współzależność na inne zaburzenia psychiczne – u około 88% mężczyzn i 79% kobiet z diagnozowanym PTSD występują również inne rozpoznania psychiatryczne.

Badania przeprowadzone przez szwedzkich badaczy wśród pracowników pogotowia ratunkowego wykazały występowanie objawów PTSD u 12%, a przy zastosowaniu innej skali - u ponad 20% pracowników pogotowia ratunkowego. Niemal 62% badanych zgłosiło wystąpienie traumatycznego zdarzenia podczas swojej pracy, najczęściej wiążąc je z udziałem dzieci. Z kolei z badania przeprowadzonego wśród ratowników medycznych w województwie podkarpackim wynika, iż 88,8% ratowników medycznych doświadczyło w pracy zawodowej zdarzeń traumatycznych. Występowanie objawów PTSD w stopniu co najmniej umiarkowanym stwierdzono wśród 34,8% ratowników medycznych, a przy zastosowaniu bardziej restrykcyjnego kryterium u ok. 20%.

#### 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), świadczenia gwarantowane obejmują m.in. świadczenia udzielane pacjentom z rozpoznaniem F43 – Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (klasyfikacja ICD-10). W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.

Ponadto, obecnie w Polsce prowadzony jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022.

#### Ocena technologii medycznej

Odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących towarzystw/instytucji/organizacji: National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2018, Wielka Brytania), Department of Veterans Affairs/ Department of Defense (VA/DoD 2017, Stany Zjednoczone), Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP 2015, Australia, Nowa Zelandia), National Health and Medical Research Council (NHMRC 2013, Australia).

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi wykonywanie okresowych badań przesiewowych w kierunku wykrywania PTSD przy użyciu zwalidowanych narzędzi jest zalecane (NICE 2018, VA/DoD 2017, NHMRC 2013).

Badania przesiewowe mogą być przeprowadzane w grupach zwiększonego ryzyka, w tym pracowników pogotowia ratunkowego. Niezwykle istotne jest zagwarantowanie dostępu do doświadczonych i wykwalifikowanych specjalistów z zakresu leczenia PTSD po wykryciu choroby w badaniu przesiewowym (NHMRC 2013).

Występuje kilka krótkich narzędzi skryningowych w kierunku wykrycia PTSD, np. SPAN (Startle, Physiological arousal, Anger and Numbness scale), BPTSD-6 (DSMPTSD-IV), DRPST (Disaster-Related Psychological Screening Test), PC-PTSD (Primary Care PTSD Screen), SSSP (Short Screening Scale for DSM-IV PTSD), PTSD Brief Screen, PCL (PTSD Checklist) (NHMRC 2013).

Ocena pacjenta powinna odbywać się w kilku różnych terminach po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego, w szczególności u osób, które prezentują objawy chorobowe i ich stan zdrowia ulega pogorszeniu (NHMRC 2013).

Lekarze podstawowej zdrowotnej lub inni świadczeniodawcy mogą być pomocni w rozpoznaniu przypadków PTSD, jednak lekarze specjaliści z zakresu psychiatrii, doświadczeni w diagnostyce zaburzeń zdrowia psychicznego powinni przeprowadzić ocenę każdego ratownika medycznego, u którego występuje podejrzenie PTSD (NICE 2018, RANZCP 2015).

Przeprowadzenie diagnostyki w kierunku PTSD powinno zawsze uwzględniać historię występowania traumy, objawy, ocenę psychiatryczną, ocenę fizycznego stanu zdrowia, używanie substancji psychoaktywnych, wywiad rodzinny, funkcjonowanie społeczne (VA/DoD 2017, RANZCP 2015, NHMRC 2013).

Diagnostyka PTSD powinna opierać się w głównej mierze na ocenie dokonanej przez specjalistów. Należy jednak rozważyć przeprowadzenie dodatkowych zwalidowanych kwestionariuszy oraz ustrukturyzowanych wywiadów klinicznych. Klinicyści nie powinni opierać diagnozy jedynie na badaniach za pomocą metod opartych na samoocenie lub pytaniach zadawanych pacjentowi. Diagnoza powinna być postawiona po przeprowadzeniu szczegółowej analizy stanu pacjenta (RANZCP 2015).

Specjaliści oceniający ratowników medycznych pod kątem występowania PTSD powinni być świadomi, że choroba w tej grupie zawodowej może być spowodowana różnymi przyczynami, włączając w to skumulowane narażenie na traumę w związku z wykonywanym zawodem (RANZCP 2015).

Przeprowadzanie ustrukturyzowanych wywiadów klinicznych jest kluczowym elementem rzetelnej diagnozy PTSD oraz pomiaru ciężkości objawów choroby. Przykładowymi narzędziami są: CAPS (Clinician Administered PTSD Scale), PSS-I (PTSD Symptom Scale Interview), SIP (Structured Interview for PTSD) (NHMRC 2013).

Rekomendowane jest stosowanie narzędzi diagnostycznych opartych na samoocenie, które są zgodne z najnowszymi kryteriami oraz spełniają swoje zadania psychometryczne. Przykładowymi narzędziami są: IES-R (Impact of Event Scale – Revised), PCL (PTSD Checklist), PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale), PSS-SR (PTSD Symptom Scale), DTS (Davidson Trauma Scale), DAPS (Detailed Assessment of Posttraumatic Stress), TSI (Trauma Symptom Inventory), HTQ (Harvard Trauma Questionnaire). Dodatkowo w celu oceny objawów możliwe jest zastosowanie kwestionariuszy dotyczących jakości życia. Jednym z najpopularniejszych narzędzi jest skrócona forma kwestionariusza jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia (WHOQOL-BREF) (NHMRC 2013).

Należy zaoferować zindywidualizowaną terapię behawioralno-poznawczą wszystkim osobom, które mają ostre zaburzenia stresowe lub klinicznie istotne objawy PTSD. Interwencje powinny uwzględniać m.in. terapię przetwarzania poznawczego (CPT – Cognitive Processing Therapy), narracyjną terapię ekspozycji (NET – Narrative Exposure Therapy) oraz terapię metodą przedłużonej ekspozycji (PET – Prolonged Exposure Therapy) (NICE 2018).

Nie należy oferować debriefingu psychologicznego w celu zapobiegania lub leczenia PTSD (NICE 2018).

W ramach przeglądu systematycznego dowodów naukowych odnaleziono dwa przeglądy systematyczne:

- Del Vecchio 2011 – celem przeglądu była identyfikacja istniejących metod opartych na samoocenie w diagnozowaniu PTSD u osób dorosłych oraz analiza składowych poszczególnych narzędzi. Do przeglądu włączono 275 badań w których opisanych zostało 41 różnych narzędzi przesiewowych/diagnostycznych używanych do wykrywania PTSD.

Narzędziami opartymi na samoocenie wykorzystywanymi do badań przesiewowych/diagnostycznych są: ASDS, ADD, BAI-PC, Seven Symptom Scale - Short Screening Scale for PTSD, DTS, DAPS, HTQ, IES-R, LEAIQ, LASC, MCMI-III, MMPI-2 Keane podskala PTSD, MSCR, MPSS, NADDS, NWS, Penn Inventory, PDI, PCPT, PTCI, PTSS-10,14, PC-PTSD, PDSQ, PCL, PDS, PTSD Inventory, PSDS, PSS-SR, Problem Checklist, Project IMPACT PTSD Screener, PPS, RSDI, R-CMS, SPTSS, SPRINT-E, TSQ, TSS, TSSC, TSC-40, TSI.

Autorzy przeglądu wnioskują, iż duża liczba wykorzystywanych przez klinicystów narzędzi opartych na samoocenie sugeruje, że istnieje potrzeba stworzenia lepszych i łatwiejszych metod wykrywania i monitorowania PTSD w populacjach wysokiego ryzyka.

Według autorów przeglądu identyfikacja oraz wczesna interwencja może zapobiec wytworzeniu się przewlekłego PTSD, które jest związane z poważnymi zaburzeniami funkcjonalnymi pacjentów. Badania wskazały, że jedynie 50% osób jest diagnozowana w POZ „na czas”.

Zgodnie z wynikami przeglądu, narzędziami, które cechowały się najwyższymi poziomami skuteczności diagnostycznej (ponad 90%) były IES-R, PCL-C, TSQ, PSS-SR.

- Brewin 2005 – celem przeglądu było określenie użyteczności i stosowania ogólnych instrumentów przesiewowych związanych z PTSD u ludności cywilnej po przeżyciach traumatycznych. Do przeglądu włączono 22 badania w których opisanych zostało 13 różnych narzędzi przesiewowych używanych do wykrywania PTSD.

Według autorów przeglądu, badania przesiewowe dla PTSD są skuteczne. Narzędzia z mniejszą liczbą elementów, prostszymi skalami reakcji i prostszymi metodami punktacji są równie skuteczne, jeśli nie bardziej, niż dłuższe i bardziej skomplikowane metody.

Jak wskazują wyniki przeglądu gólna skuteczność testów diagnostycznych (opartych o kryteria DSM IV) wynosi ok. 85%. Uśredniona wartość predykcyjna dodatnia wynosi ok. 70%.

Do najważniejszych ograniczeń przeprowadzonej analizy klinicznej należą następujące kwestie:

- Badania włączone do przeglądów systematycznych były w większości przeprowadzane na małej próbie,



- Nie odnaleziono przeglądów systematycznych ani metaanaliz dotyczących najnowszych narzędzi skryningowych/diagnostycznych opracowanych na podstawie klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5,
- Na podstawie odnalezionych przeglądów systematycznych nie można określić stopnia bezpieczeństwa działań zaplanowanych w ramach programu. Nie odnaleziono innych dowodów naukowych dotyczących bezpieczeństwa ocenianych interwencji,
- W wyniku przeprowadzonego wyszukiwania nie odnaleziono rekomendacji finansowych.

#### *Wnioski z opinii ekspertów klinicznych*

Według opinii eksperta klinicznego zaproponowane narzędzia są adekwatne do diagnozy PTSD.

Ekspert kliniczny sugeruje, aby w kryteriach włączenia do programu rozważyć kryterium dotyczące wcześniejszego używania substancji psychoaktywnych.

W związku z używaniem metod psychologicznych do diagnozy PTSD na potrzeby programu specjalistą powinien być psycholog nie tylko spełniający kryterium co najmniej tytuł magistra psychologii, a także z przynajmniej 2 letnim doświadczeniem klinicznym.

**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.441.12.2019 „Program polityki zdrowotnej w zakresie wsparcia ratowników medycznych z województwa mazowieckiego w związku z narażeniem na zespół stresu pourazowego na lata 2019-2021”, realizowany przez: województwo mazowieckie, Warszawa, marzec 2019 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 83/2019 z dnia 25 marca 2019 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie wsparcia ratowników medycznych z województwa mazowieckiego w związku z narażeniem na zespół stresu pourazowego na lata 2019 - 2021”.