



**Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej**

**Sesja superwizji psychoterapii uzależnień  
jako świadczenie gwarantowane  
z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień**

Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej

Nr: WS.420.4.2024

Data ukończenia: 07.05.2024 r.

## KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nazwa wnioskodawcy).

**Zakres wyłączenia jawności:** nie dotyczy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022r., poz.902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r., poz. 1233), art. 35 ust. 4a - 4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)<sup>1</sup> i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)<sup>2</sup>.

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

**Zakres wyłączenia jawności:** nie dotyczy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r., poz.902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r., poz. 1233) i, art. 35 ust. 4a - 4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)<sup>1</sup> i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)<sup>2</sup>.

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem szarym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

**Zakres wyłączenia jawności:** nie dotyczy

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r., poz.902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r., poz. 1233) i, art. 35 ust. 4a - 4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)<sup>1</sup> i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)<sup>2</sup>.

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

**Zakres wyłączenia jawności:** dane osobowe. Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** osoba fizyczna.

<sup>1</sup> podstawa prawna zakreślonych danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)

<sup>2</sup> podstawa prawna zakreślonych danych weryfikacyjnej Agencji danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)

## Wykaz wybranych skrótów

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Agencja, AOTMiT</b> | Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  |
| <b>GUS</b>             | Główny Urząd Statystyczny   |
| <b>ICD-10</b>          | Dziesiąta wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)  |
| <b>ICD-9</b>           | Dziewiąta wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)  |
| <b>JGP</b>             | Jednorodne Grupy Pacjentów  |
| <b>KCPU</b>            | Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom  |
| <b>KPZ</b>             | Karta Problemu Zdrowotnego  |
| <b>MZ</b>              | Ministerstwo Zdrowia  |
| <b>NFZ</b>             | Narodowy Fundusz Zdrowia  |
| <b>Zarządzenie NFZ</b> | Zarządzenie nr 1/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 stycznia 2024 r. w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień |

## Spis treści

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Wykaz wybranych skrótów .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Podstawowe informacje o zleceniu.....</b>                                       | <b>5</b>  |
| <b>Streszczenie raportu.....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>1. Przedmiot i historia zlecenia .....</b>                                      | <b>10</b> |
| <b>2. Problem decyzyjny .....</b>  | <b>11</b> |
| 2.1. Problem zdrowotny .....   | 11        |
| 2.2. Opis świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie karty opisu świadczenia ..... | 14        |
| 2.3. Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych .....                               | 15        |
| 2.4. Aktualny stan finansowania ze środków publicznych.....                        | 16        |
| 2.4.1. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.....                            | 16        |
| 2.5. Wcześniejsze oceny Agencji związane z przedmiotowym zleceniem.....            | 17        |
| 2.6. Rekomendacje, wytyczne kliniczne oraz standardy .....                         | 17        |
| 2.6.1. Standardy organizacyjne leczenia uzależnień .....                           | 18        |
| 2.6.2. Wytyczne i rekomendacje kliniczne .....                                     | 20        |
| <b>3. Analiza kliniczna.....</b>   | <b>23</b> |
| 3.1. Przegląd opublikowanych dowodów naukowych .....                               | 23        |
| 3.2. Charakterystyka włączonego badania .....                                      | 23        |
| 3.3. Wyniki.....   | 24        |
| <b>4. Analiza wpływu system ochrony zdrowia.....</b>                               | <b>27</b> |
| 4.1. Opinia Prezesa NFZ.....   | 27        |
| 4.2. Analiza wpływu na budżet.....   | 27        |
| 4.2.1. Oszacowanie wg KPZ.....   | 27        |
| 4.2.2. Oszacowanie własne Agencji .....  | 27        |
| 4.2.2.1. Metodyka i sposób przeprowadzenia analizy .....                           | 27        |
| 4.2.2.2. Wyniki .....  | 28        |
| 4.2.2.3. Ograniczenia .....  | 28        |
| <b>5. Bibliografia.....</b>  | <b>29</b> |
| <b>6. Załączniki .....</b>   | <b>31</b> |
| 6.1. Strategia wyszukiwania publikacji .....                                       | 31        |

## Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:  
**zlecenie Ministra Zdrowia z 16 kwietnia 2024 r. ZPP.7802.1.2024.DL**

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego):  
Sesja superwizji psychoterapii uzależnień

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31c ustawy o świadczeniach)
- usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e-f ustawy o świadczeniach)
- realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- leczenia szpitalnego
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- rehabilitacji leczniczej
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- leczenia stomatologicznego
- lecznictwa uzdrowiskowego
- ratownictwa medycznego
- opieki paliatywnej i hospicyjnej
- świadczeń wysokospecjalistycznych
- programów zdrowotnych

Wnioskodawca: Minister Zdrowia  
na podstawie wniosku Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychoterapii uzależnień

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:  
**Nie dotyczy**

## Streszczenie raportu

### Problem decyzyjny

Celem opracowania jest ocena zasadności finansowania sesji superwizji psychoterapii uzależnień jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, dedykowanej do monitorowania procesu psychoterapii uzależnień przez superwizora psychoterapii uzależnień lub superwizora aplikanta psychoterapii uzależnień.

Konieczność wprowadzenia superwizji psychoterapii uzależnień została wskazana w raporcie końcowym z prac Zespołu do spraw opracowania reformy systemu leczenia uzależnień powołanego przez Ministra Zdrowia.

Przez psychoterapię uzależnień rozumie się psychoterapię osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, osób szkodliwie używających ww. substancji psychoaktywnych, osób uzależnionych czynnościowo oraz ich bliskich.

Superwizja psychoterapii uzależnień jest świadczeniem realizowanym pośrednio (bez udziału pacjenta). Jest metodą konsultowania pracy diagnostyczno-terapeutycznej z pacjentami. Może dotyczyć każdego świadczeniobiorcy, jednak o konieczności jej przeprowadzenia decyduje osoba udzielająca świadczeń lub zespół terapeutyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem.

Superwizja, będąca systematycznym monitorowaniem procesu terapii, jest kluczowa dla rozwoju kompetencji personelu medycznego i może przyczynić się do poprawy wyników klinicznych pacjentów. Superwizor poprzez wiedzę kliniczną, znajomość procesów psychoterapeutycznych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na problematykę osób uzależnionych stosuje odpowiednie metody pracy celem zwiększenia samoświadomości klinicystów, a co w efekcie pozytywnie wpływa na jakość świadczonych usług terapeutycznych. Ponadto, superwizja dotyczy też analizy pracy zespołów terapeutycznych celem podnoszenia jakości współpracy w tych interdyscyplinarnych zespołach oraz analizy realizacji programów terapeutycznych w placówkach leczenia uzależnień, które powinny być regularnie ewaluowane.

Sesja superwizji psychoterapii uzależnień jest uwzględniona zarówno w ramach wytycznych praktyki klinicznej oraz standardów organizacyjnych opieki nad pacjentem uzależnionym. Obecnie w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, superwizja dedykowana jest tylko dla personelu z obszaru opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży (nie obejmuje leczenia uzależnień).

### Problem zdrowotny

Uzależnienie to uleczalna, przewlekła choroba, obejmująca interakcje między obwodami mózgowymi, genetyką, środowiskiem i doświadczeniami życiowymi. Osoby uzależnione używają substancji lub angażują się w kompulsywne zachowania, mimo szkodliwych konsekwencji.

Metody leczenia uzależnień są skuteczne jak w przypadku innych chorób przewlekłych i obejmują zarówno interwencje farmakologiczne oraz nefarmakologicznie m.in. psychoterapię i psychoedukację.

Według danych Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) w 2022 roku w Polsce od alkoholu uzależnionych było 0,64% populacji dorosłych (201,4 tys. osób). Liczbę osób uzależnionych od narkotyków szacuje się natomiast na 59,6 tys. osób a najbardziej rozpowszechnioną substancją jest marihuana, ecstasy i nowe substancje psychoaktywne

W 2022 roku na leczenie z powodu używania narkotyków w placówkach raportujących dane z lecznictwa (TDI) do KCPU zgłosiło się 4249 osób, w tym 2073 (49%) pacjentów rozpoczynało leczenie po raz pierwszy. Jednocześnie w tym samym roku miało miejsce 14 048 zgonów z powodu używania alkoholu oraz 289 zgonów z powodu zażywania narkotyków (KCPU 2023a).

## Sesja superwizji procesu psychoterapii uzależnień

Superwizja jest formą doskonalenia zawodowego oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów. Jest ona wskazana w sytuacjach trudności, które pojawiają się w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w pracy z osobą z uzależnieniem lub bliskimi/członkami rodzin. Przedmiotem superwizji jest uczenie umiejętności rozumienia procesu psychoterapii uzależnienia: wypowiedzi i zachowań pacjenta(ów), własnych interwencji terapeutycznych i ich znaczenia dla pacjenta oraz rozumienie i rozpoznawanie zjawisk występujących w relacji terapeutycznej. Analiza tych trudności przyczynia się do zapewnienia optymalnych warunków dalszego leczenia pacjenta.

### Standardy organizacyjne i wytyczne kliniczne

W wyniku przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono trzy wytyczne kliniczne oraz 5 dokumentów odnoszących się do standardów organizacyjnych leczenia lub profilaktyki uzależnień.

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) w swoich Standardach rekomenduje finansowanie superwizji pracy terapeutów w placówce leczenia uzależnień zaznaczając, że:

- jest to najlepsza forma doskonalenia zawodowego pracowników oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów,
- superwizję mogą prowadzić osoby wpisane na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej do celów szkoleniowych, jak również superwizorzy posiadający certyfikat superwizora Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego<sup>3</sup>
- koszt jednostkowy brutto superwizji grupowej prowadzonej przez superwizora psychoterapii uzależnień wg. taryfikatora rekomendowanych stawek wynagrodzeń za realizację działań w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, wynosi od 165 zł za godzinę.

Polskie Standardy w odniesieniu do superwizji są zgodne z standardami funkcjonującymi w innych krajach:

- Kluczowe Standardy Jakości opracowane przez UNODC (ang. *United Nations Office on Drugs and Crime*) oraz Standardy opracowane przez WHO podają, że powinno się zapewnić personelowi pracującemu z osobami uzależnionymi m.in. wsparcie za pomocą regularnej superwizji.
- Według Standardów WHO personel pracujący w specjalistycznych placówkach zajmujących się zaburzeniami związanymi z używaniem narkotyków powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje, certyfikaty oraz przechodzić superwizje kliniczne i ciągłe szkolenia oparte na dowodach,
- BSAS (ang. *Bureau of Substance Abuse Services Massachusetts Department of Public Health*) określa minimalny zakres szkoleń i superwizji pracowników – co dwa tygodnie godzinna superwizja (indywidualna lub grupowa) dla pracowników pełnoetatowych pracujących bezpośrednio z osobami uzależnionymi.

Odnalezione wytyczne kliniczne wskazują, że:

- superwizja to proces wykorzystujący bezpośrednio różne techniki obserwacji i ma ona na celu rozwój kompetencji personelu (w tym psychoterapeutów uzależnień), przyczynia się do zmniejszenia jego rotacji i zwiększenia motywacji do pracy,
- osoba przeprowadzająca superwizję (superwizor) powinna być odpowiednio przeszkolona, posiadać odpowiednie certyfikaty superwizora (zgodne z lokalnymi wymaganiami) oraz powinna sprawować bezpośredni nadzór nad psychoterapeutą i priorytetowo traktować jego rozwój i dobre samopoczucie,

<sup>3</sup> Wykaz superwizorów dla szkoleń KBPN rozpoczętych od 2020 r. realizujących superwizję kliniczną w ramach programu szkolenia w dziedzinie uzależnień <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/WYKAZ-SUPERWIZOROW-KCPU-uprawnionych-doprowadzenia-superwizji-klinicznej-sciezka-KBPN-od-2020-r.doc>

- oczekuje się, że superwizja będzie wiązała się ze zwiększeniem kompetencji psychoterapeutów a co za tym idzie poprawą wyników klinicznych pacjentów,
- każdy psychoterapeuta, niezależnie od poziomu umiejętności i doświadczenia, potrzebuje i ma prawo do superwizji.

### Aktualny stan finansowania

Obecnie w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień brak jest finansowania superwizji psychoterapii uzależnień w ramach świadczeń gwarantowanych.

Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, obejmuje superwizję dedykowaną tylko dla personelu z obszaru opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, w części odnoszącej się do warunków ich realizacji w ramach poziomów referencyjnych. Finansowanie przedmiotowej superwizji w ramach umowy z NFZ, odbywa się w formie ryczałtu miesięcznego o wartości punktowej 1 058,15 lub 2 116,30 (w zależności od zakresu świadczenia), w ramach którego oprócz produktu rozliczeniowego „superwizja osoby z personelu - I poziom referencyjny” rozliczane są również inne produkty, m.in. konsylium oraz sesja koordynacji świadczeniobiorcy.

### Analiza kliniczna

W wyniku przeprowadzonego przeglądu systematycznego odnaleziono jedną publikację naukową (Laschober 2012) odnoszącą się do superwizji klinicznej w kontekście leczenia uzależnień. Na podstawie wyników przeprowadzanej ankiety opisano praktykę kliniczną oraz skuteczność superwizji z perspektywy doradcy ds. uzależnień i superwizora.

Wyniki ww. badania wskazują na to, że:

- superwizorzy posiadają wysokie kompetencje i doświadczenie w zakresie prowadzenia superwizji psychoterapii uzależnień,
- doradcy ds. leczenia uzależnień postrzegają superwizorów jako skutecznych w wykonywaniu swojej pracy,
- superwizorzy deklarują, iż poświęcają więcej czasu na prowadzenie superwizji niż wskazują na to osoby podlegające superwizji (doradcy ds. uzależnień),
- podczas sesji superwizji informacje mogą być przekazywane różnymi metodami (m.in. osobiście podczas spotkań indywidualnych, sesji grupowych, drogą telefoniczną, za pośrednictwem poczty elektronicznej) przy czym superwizorzy deklarują stosowanie większej różnorodności metod przekazywania informacji podczas sesji superwizji niż deklarują to osoby poddawane tej superwizji.

### Analiza wpływu na system ochrony zdrowia

Świadczenie pn. „sesja superwizji psychoterapii uzależnień” obejmować będzie zespół terapeutyczny (zespoły terapeutyczne) realizujące świadczenia gwarantowane dedykowane terapii leczenia uzależnień.

Zgodnie z opisem przedmiotowego świadczenia, zawartym w KPZ, superwizja powinna być prowadzona co najmniej 8 razy w okresie 12 miesięcy i obejmować zespół terapeutyczny w grupie nie przekraczającej 15 osób, a w uzasadnionych przypadkach może mieć charakter indywidualny.

Przy założeniu, że liczba realizowanych superwizji limitowana będzie głównie dostępnością personelu uprawnionego do prowadzenia superwizji (według KCPU: 66 osób), szacowane koszty realizacji wnioskowanego świadczenia mogą oscylować:

- w pierwszym roku na poziomie: od 6,6 mln zł do 18,6 mln zł,
- w drugim roku na poziomie: od 7,2 mln zł do 20,5 mln zł.

Z uwagi na brak dotychczasowego finansowania superwizji sesji psychoterapii uzależnień ze środków publicznych, przedstawione koszty należy interpretować jako koszty inkrementalne.



**Wnioski**

- Wprowadzenie sesji superwizji psychoterapii uzależnień jako świadczenia gwarantowanego ma na celu systematyczne dokumentowanie i monitorowanie procesu terapii uzależnień przez osobę uprawnioną do prowadzenia superwizji, w tym analizy pracy zespołów terapeutycznych, co pozwoli na rozwój kompetencji psychoterapeutów i w konsekwencji może przyczynić się do poprawy wyników klinicznych pacjentów oraz jakości współpracy w ramach interdyscyplinarnych zespołów.
- Wytyczne kliniczne oraz Standardy Organizacyjne odnoszące się do psychoterapii i leczenia uzależnień rekomendują stosowanie i finansowanie superwizji pracy terapeutów w placówce leczenia uzależnień podkreślając, że jest to najlepsza forma doskonalenia zawodowego pracowników oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów.
- Na tym etapie trudno oszacować realne skutki finansowe dla płatnika z uwagi na trudność w oszacowaniu potencjalnego zapotrzebowania na przedmiotową sesję. Przyjmując założenia, że liczba realizowanych superwizji limitowana będzie głównie dostępnością personelu uprawnionego do prowadzenia superwizji (według KCPU: 66 osób), szacowane roczne koszty płatnika publicznego, wynikające z realizacji sesji superwizji psychoterapii uzależnień jako świadczenia gwarantowanego, będą wynosiły od 6,6 mln zł do 18,6 mln zł w pierwszym roku oraz od 7,2 mln zł do 20,5 mln zł w drugim roku.
- Z uwagi na aktualnie niewielką liczbę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji psychoterapii uzależnień, w przypadku kwalifikacji przedmiotowego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego, zasadne jest wprowadzenie przepisów przejściowych, które umożliwią dostosowanie się świadczeniodawców do zapewnienia superwizji psychoterapii uzależnień.

# 1. Przedmiot i historia zlecenia

Przedmiotem niniejszego raportu jest ocena świadczenia opieki zdrowotnej: „Sesja superwizji psychoterapii uzależnień.” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

**Podstawa prawna i historia zlecenia:** Pismem z 16 kwietnia 2024 r., znak: ZPP.7802.1.2024.DL, Minister Zdrowia, na podstawie art. 31n pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146) zlecił Prezesowi AOTMiT wydanie do dnia 10 maja 2024 rekomendacji w sprawie oceny zasadności kwalifikacji „Sesja superwizji psychoterapii uzależnień” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

## Historia korespondencji

**Minister Zdrowia.** Dnia 26.04.2024 r. pismem znak: WS.420.4.2024.JrG zwrócono się z do Ministra Zdrowia z prośbą o przedłużenie terminu realizacji zlecenia dotyczącego przygotowania rekomendacji w sprawie zakwalifikowania przedmiotowego świadczenia (rekomendacja do 15 maja 2024 r. oraz przygotowania wyceny do 31 maja 2024 r.). Dnia 06.05.2024 r. pismem znak: ZPP.7802.1.2024.DL otrzymano informację o akceptacji przez Ministra Zdrowia zaproponowanych terminów realizacji przedmiotowego zlecenia.

**Prezes NFZ.** Działając na podstawie art. 31c ust. 3 pkt. 2 ustawy o świadczeniach, wystąpiono do Prezesa NFZ z prośbą o przedstawienie opinii dotyczącej skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (w trybie art. 31a ust. 1 pkt 7 ustawy) w przypadku kwalifikacji wnioskowanego świadczenia.

Dnia 26.04.2024 r. pismem znak: NFZ-DSOZ-SOPiLU.4010.6.2024 otrzymano odpowiedź.

**Eksperci kliniczni.** W toku prac analitycznych zwrócono się do dwóch ekspertów klinicznych celem pozyskania informacji dotyczących zasadności kwalifikacji przedmiotowego świadczenia. O przedstawienie opinii eksperckiej zostali poproszeni:

- Prof. Piotr Gałęcki - Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii,
- Dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała - Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

Otrzymano opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

## 2. Problem decyzyjny

Celem niniejszego opracowania jest ocena zasadności finansowania „sesji superwizji psychoterapii uzależnień” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Superwizja psychoterapii uzależnień jest świadczeniem realizowanym pośrednio (bez udziału pacjenta) i stanowi udokumentowane systematyczne zewnętrzne monitorowanie procesu psychoterapii uzależnień przez superwizora psychoterapii uzależnień lub superwizora aplikanta psychoterapii uzależnień. Jest to metoda konsultowania pracy diagnostyczno-terapeutycznej z pacjentami z rozpoznaniem zaburzeń używania substancji psychoaktywnych lub z zachowaniami uzależniającymi oraz z ich bliskimi/członkami rodzin, realizowaną w formie indywidualnej lub grupowej.

Zasadność prowadzenia superwizji znajduje swoje odzwierciedlenie zarówno w wytycznych praktyki klinicznej jak i również standardach organizacyjnych udzielania świadczeń z zakresu leczenia uzależnień.

Superwizja jest również istotnym elementem rozwoju kompetencji personelu realizującego świadczenia z zakresu psychoterapii uzależnień, a wytyczne wskazują, iż regularna superwizja może przyczynić się do poprawy wyników klinicznych pacjentów. Wymaga ona jednak zaangażowania personelu realizującego świadczenia (superwizora oraz psychoterapeutów), co wiąże się z nakładem środków finansowych, pozwalających na pokrycie kosztów sesji superwizji.

Obecnie brak jest alternatywnych świadczeń dedykowanych psychoterapii uzależnień. Świadczenie superwizji obecnie może być realizowane jedynie dla personelu realizującego świadczenia z obszaru opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży (zakres nie obejmuje leczenia uzależnień).

Zaś kwestia superwizji psychoterapii uzależnień jako monitorowania procesu terapii uzależnień znajduje uregulowanie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, z późn. zm.). **Stanowi ona jeden z ocenianych warunków w kryterium wyboru ofert „jakość” w toku postępowań konkursowych do zawarcia umowy z NFZ w przedmiocie:** leczenie uzależnień stacjonarne, świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza), świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza), świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu, świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, świadczenia dzienne leczenia uzależnień, leczenie uzależnień, świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży, świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.

Tak więc w świetle obecnych regulacji, podmiot leczniczy zapewniający superwizję psychoterapii uzależnień na etapie postępowania konkursowego otrzymuje jedynie dodatkowe punkty (liczba pkt 5). Nie stanowi to jednak warunku obligatoryjnego do zawarcia przez podmiot umowy z NFZ.

### 2.1. Problem zdrowotny

Uzależnienie to uleczalna, przewlekła choroba obejmująca złożone interakcje między obwodami mózgowymi, genetyką, środowiskiem i doświadczeniami życiowymi jednostki. Osoby uzależnione używają substancji lub angażują się w zachowania, które stają się kompulsywne i często trwają pomimo szkodliwych konsekwencji. Wysiłki zapobiegawcze i metody leczenia uzależnień są na ogół tak samo skuteczne, jak w przypadku innych chorób przewlekłych (ASAM 2024).

Zaburzenia neuropsychiatryczne charakteryzujące się powtarzającym się pragnieniem ciągłego przyjmowania danej substancji/ powtarzaniem danych zachowań pomimo szkodliwych konsekwencji można podzielić na:

- Uzależnienie od substancji (tj. narkotyków, alkoholu),
- uzależnienie behawioralne tj. m.in.. hazard, uzależnienie od jedzenia, uzależnienie od internetu, gier) (Fluyau 2024).

Nawrót choroby jest częstym zjawiskiem i wskazuje na potrzebę dalszego leczenia lub jego modyfikacji. Podobnie jak w przypadku innych chorób przewlekłych, leczenie powinno być ciągłe i dostosowywane w zależności od reakcji pacjenta. Plany leczenia należy często sprawdzać i modyfikować, aby dopasować je do zmieniających się potrzeb pacjenta. U większości pacjentów największe szanse powodzenia leczenia zapewnia połączenie farmakoterapii z terapią behawioralną (NIH 2018).

### **Patofizjologia**

Uzależnienie jest złożonym zaburzeniem funkcjonowania centralnego układu nerwowego, charakteryzującym się utratą kontroli nad poszukiwaniem i przyjmowaniem narkotyku oraz ryzykiem nawrotu, nawet po długim okresie abstynencji. Choroba ta może mieć swoje źródło w zaburzeniach działania układu nagrody w mózgu, zaburzonym uczeniu asocjacyjnym i zaburzonej równowadze zachowań popędowych, które kontrolują reakcje apetytywne ukierunkowane na szukanie kontaktu z substancją uzależniającą, jednak patogeneza procesu uzależnienia nie jest nadal w pełni poznana.

Patofizjologia uzależnienia związana jest z koncepcją plastyczności synaptycznej, w szczególności długotrwałego wzmocnienia (LTP, ang. long-term potentiation) i długotrwałej depresji (LTD, ang. long-term depression). Długotrwałe wzmocnienie to zjawisko wzmacniania połączeń nerwowych w czasie i przy nasileniu bodźców. Długotrwała depresja to zmniejszenie reakcji sygnału nerwowego podczas stymulacji (Fluyau 2024).

Biochemiczny dowód na uzależnienie od narkotyków opiera się na cząsteczkach, które ulegają regulacji w g-rę - zewnątrzkomórkowej kinazie białkowej regulowanej sygnałem (ERK, ang. extracellular signal-regulated protein kinase), wiązaniu elementów odpowiedzi cyklicznego AMP (CREB, ang. cyclic AMP response element-binding), ELK-1 i Fos (Fluyau 2024).

Dodatkowo badania biochemiczne wykazały udział w patofizjologii uzależnienia układu dynorfiny A (DYN) i receptora opioidowego K (KOPr) w znajdujących się w mózgu i rdzeniu kręgowym. KOPr znajduje się w obwodach mózgowych, regulujących nastrój i motywację poprzez neuroprzekaźniki dopaminergiczne i glutaminergiczne. Rozregulowanie w ww. systemie prowadzi nie tylko do anhedonii i depresyjnej symptomatologii odstawienia, ale także do zachowań związanych z głodem narkotykowym i poszukiwaniem narkotyków.

Ponad to wykazano, kluczową rolę dopamina w zmianach neurologicznych w mózgu osoby uzależnionej. Szybki i znaczący wzrost dopaminy wiąże się z początkiem i utrzymaniem uzależnienia. Gdy nawyk staje się przewlekły, poziom dopaminy zmniejsza się i prowadzi do zmian w obszarze przedczołowym mózgu (Fluyau 2024).

### **Epidemiologia**

Szacuje się, że z zaburzeniami zdrowia psychicznego związanymi z alkoholem kiedykolwiek w życiu zmagano się 7,3% dorosłych mieszkańców Polski (ok. 2,31 mln osób). Według oszacowań 1,9% dorosłych mieszkańców Polski (582,5 tys. osób) było kiedykolwiek uzależnionych od alkoholu, natomiast w samym 2022 roku w kraju od alkoholu uzależnionych było 0,64% populacji dorosłych (201,4 tys. osób), przy czym w grupie osób uzależnionych mężczyzn było dziesięciokrotnie więcej niż kobiet (KCPU 2023a).

Liczba osób uzależnionych od narkotyków w Polsce szacuje się natomiast na 59,6 tys. osób a najbardziej rozpowszechnioną substancją jest marihuana, ecstazy i nowe substancje psychoaktywne (KCPU 2023a). Wśród osób trafiających na terapię w 2022 roku najczęściej leczenie podejmowały osoby z powodu problemów ze stymulantami (50%), a na drugim miejscu marihuaną (31%) (KCPU 2023a).

W 2022 roku na leczenie z powodu używania narkotyków w placówkach raportujących dane z lecznictwa (TDI) do Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) zgłosiło się 4249 osób, w tym 2073 (49%) pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy. W ww. grupie pacjentów przeważali mężczyźni (77%) (KCPU 2023a).

W 2022 w Polsce miało miejsce 14 048 zgonów z powodu używania alkoholu oraz 289 zgonów z powodu zażywania narkotyków. Ponad to odnotowano 14 nowych przypadków zakażeń HIV związanych z używaniem narkotyków w postaci iniekcji (KCPU 2023a).

### **Leczenie uzależnień**

W przypadku najczęstszych uzależnień od substancji tj. tytoniu i alkoholu dostępnych jest wiele metod leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego.

Uzależnienie od alkoholu można leczyć farmakologicznie przy użyciu disulfiramu, naltreksonu lub akamprozatu. Zatrucie alkoholem podczas epizodów nawrotu choroby można leczyć m.in. chlordiazepoksydem lub diazepamem. W przypadku uzależnienia od tytoniu obecnie stosuje się m.in. bupropion i wareniklinę, plastry nikotynowe, oraz zawierające nikotynę gumy do żucia czy pastylki do ssania.

Najskuteczniejszymi farmakoterapiami w zaburzeniach związanych z używaniem opioidów są terapie agonistyczne. Podejście terapeutyczne polega na stosowaniu leków, które mają podobne działanie do działania nadużywanej substancji, ale mają inny profil farmakokinetyczny np. metadonu i buprenorfiny. Celem zapobiegania nawrotom choroby stosuje się m.in. leki o działaniu antagonistycznym do receptorów opioidowych tj. naltrekson.

Celem uzyskania optymalnej skuteczności oraz ograniczenia przyjmowania substancji leczniczych interwencje farmakologiczne łączy się z metodami nefarmakologicznymi tj. np. psychoterapia, psychoedukacja (Fluyau 2024).

Psychoterapia uzależnień składa się z opartych na dowodach terapii psychospołecznych mających na celu leczenie osób z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji. Są one ukierunkowane na czynniki społeczne, środowiskowe i psychologiczne, które są przyczyną nadużywania substancji. Psychoterapia ma na celu ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i poprawę funkcjonowania zawodowego, interpersonalnego, fizycznego i psychicznego (Yue 2022).

Terapie psychospołeczne mogą być prowadzone indywidualnie, w formie grupowej lub w formatach, które pacjenci mogą stosować samodzielnie. W przypadku większości uzależnień interwencje psychospołeczne powinny być połączone z postępowaniem farmakologicznym, chociaż niekiedy mogą być również stosowane jako samodzielne leczenie (Yue 2022).

Psychoterapia uzależnień jest prowadzona przez profesjonalistów z wielu dyscyplin, w tym psychiatrii, psychologii, pracy socjalnej i pielęgniarstwa. Do najczęstszych obecnie psychospołecznych metod leczenia uzależnień należą: wywiad motywacyjny, grupy wsparcia, interwencje rodzinne, interwencje poznawczo-behawioralne, psychoterapia wspierająca, psychoterapia psychodynamiczna i zarządzanie awaryjne (Pena 2022).

### **Superwizja kliniczna**

W przypadku specjalistów leczenia uzależnień duże znaczenie ma systematyczne podnoszenie ich kwalifikacji zawodowych i dbałość o ich kondycję psychiczną. W procesie zdobywania i doskonalenia ich umiejętności profesjonalnych niezwykle cenne są spotkania superwizyjne lub konsultacyjne w trakcie których można m.in. przedyskutować i prześledzić podejmowane działania terapeutyczne, rozwiązywać pojawiające się podczas terapii trudności oraz pogłębiać ich wgląd w doświadczanie siebie podczas realizacji zadań zawodowych (KBSPN 2012).

Superwizja jest formą doskonalenia zawodowego oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów. Powinna być prowadzona przez wykwalifikowany personel i ma na celu podnoszenie kompetencji zawodowych i zapewnienie praktyki opartej na wiedzy naukowej superwizowanego, monitorowanie jakości świadczonych usług oraz pełni funkcję „gatekeeper” przy wejściu do zawodu (APA 2014).

## 2.2. Opis świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie karty problemu zdrowotnego

Poniżej przedstawiono opis ocenianych świadczeń opieki zdrowotnej według Karty Problemu Zdrowotnego, przekazanej przy zleceniu Ministra z dnia 16 kwietnia 2024 r. znak pisma: ZPP.7802.1.2024.DL.

**Opis ogólny:** Superwizja psychoterapii uzależnień to udokumentowane systematyczne zewnętrzne monitorowanie procesu psychoterapii uzależnień przez superwizora psychoterapii uzależnień lub superwizora aplikanta psychoterapii uzależnień.

Superwizja jest metodą konsultowania pracy diagnostyczno-terapeutycznej z pacjentami z rozpoznaniem zaburzeń używania substancji psychoaktywnych lub z zachowaniami uzależniającymi oraz z ich bliskimi/członkami rodzin, realizowaną w formie indywidualnej lub grupowej.

**Wskazania do zastosowania:** Superwizja jest wskazana w sytuacjach trudności, które pojawiają się w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w pracy z osobą z uzależnieniem lub bliskimi/członkami rodzin. Analiza tych trudności przyczynia się do zapewnienia optymalnych warunków dalszego leczenia pacjenta. Superwizja jest nie tylko jednorazową procedurą, ale także obejmuje proces nieustannego kształcenia w zawodzie psychoterapeuty oraz rozwijania umiejętności i doświadczenie zawodowe. Dlatego też ważne jest stworzenie zasad współpracy pomiędzy superwizorem/superwizorami a klinicystą czy też zespołem leczącym. Bezpieczne warunki współpracy umożliwiają refleksję nad trudnościami diagnostycznymi, w relacji terapeutycznej oraz trudności własnych klinicysty w pracy z pacjentem/rodziną/grupą. Superwizor poprzez wiedzę kliniczną, znajomość procesów psychoterapeutycznych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na problematykę osób uzależnionych stosuje odpowiednie metody pracy celem zwiększenia samoświadomości klinicystów, a co w efekcie pozytywnie wpływa na jakość świadczonych usług terapeutycznych. Ponadto, superwizja dotyczy też analizy pracy zespołów terapeutycznych celem podnoszenia jakości współpracy w tych interdyscyplinarnych zespołach oraz analizy realizacji programów terapeutycznych w placówkach leczenia uzależnień, które powinny być regularnie ewaluowane.

**Przeciwwskazania:** Brak.

**Personel:** Superwizor psychoterapii uzależnień, superwizor aplikant psychoterapii uzależnień gdzie:

- superwizor psychoterapii uzależnień: osoba, która: do dnia 31 grudnia 2022 r. była wpisana na listę superwizorów psychoterapii uzależnień prowadzoną przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom lub posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień i uzyskała certyfikat superwizora psychoterapii uzależnień wydany po dniu 31 grudnia 2022 r. po ukończeniu szkolenia w dziedzinie superwizji psychoterapii uzależnień prowadzonego przez podmiot, którego program szkolenia uzyskał pozytywną opinię Konsultanta krajowego w dziedzinie psychoterapii uzależnień, i która została wpisana na listę superwizorów prowadzoną przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom;
- superwizor aplikant psychoterapii uzależnień: osoba z co najmniej 5 letnim stażem pracy jako specjalista psychoterapii uzależnień/specjalista w dziedzinie psychoterapii uzależnień, po ukończeniu co najmniej 2 lat szkolenia z psychoterapii, posiadająca status superwizora aplikanta nadany przez podmiot szkolący, które prowadzi szkolenie superwizorów psychoterapii uzależnień pozytywnie zaopiniowane przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie psychoterapii uzależnień i która została wpisana na listę Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

**Organizacja udzielania świadczeń:** Oddzielnie płatna procedura wyceniona za godzinę zegarową superwizji.

**Miejsce udzielania świadczenia:** W podmiocie leczniczym lub za pomocą narzędzi teleinformatycznych.

**Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:** Brak.

**Pozostałe wymagania:** Superwizja powinna być prowadzona co najmniej 8 razy w okresie 12 miesięcy. Proponowane jest aby uszczegółwić, że w przypadku realizowania ww. obowiązku na poziomie minimalnym, częstotliwość superwizji w miesiącu nie może być wyższa niż 2 razy. Superwizja obejmuje

zespół terapeutyczny (zespoły terapeutyczne) w grupie nie przekraczającej 15 osób, a w uzasadnionych przypadkach może mieć charakter indywidualny.

#### Dodatkowe uwagi wskazane w KPZ:

Zespół nie rekomenduje wprowadzenia superwizji jako świadczenia obowiązkowego w okresie najbliższych 4 lat, w związku ze zbyt małą liczbą superwizorów (obecnie 65 superwizorów psychoterapii uzależnień) w stosunku do liczby placówek leczenia uzależnień (szacuje się co najmniej 800). Niezbędne będzie odpowiednie sformułowanie przepisów przejściowych, które umożliwią, ale w omawianym okresie nie zobligują świadczeniodawców do zapewnienia superwizji psychoterapii uzależnień.

### 2.3. Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie otrzymanych opinii eksperckich.

Tabela 1. Zestawienie opinii eksperckich

| Zakres  | Ekspert  |
|---|--|
|   | <b>Dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała - Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień</b>  |
| Wskazania dla stosowania wnioskowanej technologii oraz całkowita liczba sesji rocznie w Polsce.               | Według danych Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w Polsce funkcjonuje ponad 1000 placówek medycznych leczących osoby z uzależnieniem. Zatem można przyjąć szacunkowy przelicznik:<br>1000 placówek x 10 miesięcy x 6 godzin = 60 000/rocznie   |
| Szacunkowy koszt jednej superwizji  | Odniesieniem dla propozycji kosztów jednej sesji superwizji była kwota za sesję psychoterapii w placówkach psychiatrycznych oraz rynkowa wycena tej procedury. Proponuję zróżnicować kwotę za procedurę: wyższą dla superwizora, niższą dla aplikanta.<br>Ze względu na bardzo wysokie kwalifikacje superwizorów:<br>Superwizor psychoterapii uzależnień – 1 sesja superwizji: 300 - 350 zł<br>Aplikant superwizor psychoterapii uzależnień (wykonujący procedurę pod opieką superwizora psychoterapii uzależnień): 1 sesja – 250 zł   |
| Kraje na świecie, gdzie sesja superwizji jest finansowana ze środków publicznych oraz zasady jej finansowania | Nie posiadam wiedzy dotyczącej finansowania superwizji w innych krajach. Natomiast w Polsce:<br>1. Obowiązek prowadzenia superwizji wprowadza ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 8 lutego 2018, zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe Rozporządzenie w § 3 określa zasady prowadzenia superwizji:<br>§3. Warunek udokumentowanego, systematycznego zewnętrznego monitorowania procesu psychoterapii przez osobę posiadającą certyfikat superwizora psychoterapii, prowadzonego z co najmniej 8 razy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, proporcjonalnie do czasu obowiązywania umowy we wskazanym okresie, o którym mowa w tabeli nr 1 – „OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ” w kryterium „Jakość” w kategorii „Monitorowanie procesu psychoterapii” załącznika nr 4 do rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych po upływie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.<br>2. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA 1 z dnia 11 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień art. 16 zdefiniowano superwizję psychoterapii jako świadczenie gwarantowane oraz zdefiniowano superwizora oraz aplikanta superwizora. |
| Kluczowe przyczyny, dla których świadczenie powinno być realizowane ze środków publicznych                    | Superwizja jest procedurą dbałości o jakość świadczonych usług diagnostyczno-psychoterapeutycznych oraz optymalizowania i indywidualizowania leczenia w oparciu o dokonywanie diagnozy klinicznej i przebiegu procesu terapeutycznego.<br>Osoby z rozpoznaniem uzależnienia i bardzo często współwystępujących innych zaburzeń zdrowia psychicznego, zarówno u dzieci, młodzieży jak i dorosłych są grupą pacjentów szczególnie wymagającą współpracy interdyscyplinarnej i stałego monitorowania przebiegu leczenia oraz ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez profesjonalistów, co zapewnia regularną superwizja.   |
| Warunki formalne, organizacyjne, w tym kwalifikacje personelu.  | Zgodnie z otrzymaną dokumentacją superwizję może prowadzić wysoko wykwalifikowana kadra: superwizorzy psychoterapii uzależnień oraz superwizorzy aplikanci psychoterapii uzależnień będący w trakcie szkolenia i pracujący pod nadzorem prowadzącego go superwizora.<br>Superwizja jest metodą konsultowania pracy diagnostyczno-terapeutycznej w formie indywidualnej lub/i grupowej z pacjentami z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych i z zachowaniami uzależniającymi oraz z ich bliskimi/członkami rodzin oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu kadry pracującej w placówkach leczenia uzależnień. Jest to istotne z uwagi na obecnie obserwowaną dość dużą rotacyjność i odchodzenie specjalistów z podmiotów medycznych do mniej obciążających obszarów psychoterapii.  |

|  |   |
|--|---|
|  | Superwizja w lecznictwie uzależnień może także dotyczyć programów leczniczych i zespołów terapeutycznych.<br>Superwizja psychoterapii uzależnień jest świadczeniem realizowanym pośrednio (bez udziału pacjenta), w placówce lub online.  |
| Komentarz i uwagi ogólne do ocenianego świadczenia | Wprowadzenie procedury superwizji psychoterapii uzależnień do wszystkich placówek leczenia uzależnień pozwala na systematyczne zewnętrzne monitorowanie procesu psychoterapii służące dbaniu o jakość świadczonych usług w placówkach medycznych oraz ciągłemu kształceniu kadry specjalistycznej, tym samym dbając o miejsca pracy w placówkach medycznych.<br>Uprawnienie do wykonywania procedury superwizji przez superwizora – aplikanta psychoterapii uzależnień zachęci specjalistów psychoterapii uzależnień do podejmowania specjalistycznego szkolenia superwizorskiego i wykształcenie odpowiedniej liczby superwizorów w okresie najbliższych czterech lat (ad pkt 5 karty problemu zdrowotnego). |

## 2.4. Aktualny stan finansowania ze środków publicznych

### 2.4.1. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

W ramach wykazu świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Rozporządzenie MZ) finansowanych ze środków publicznych, pacjenci mają dostęp do świadczeń gwarantowanych dedykowanych terapii leczenia uzależnień, zarówno w warunkach stacjonarnych, dziennych oraz w trybie ambulatoryjnym. W warunkach realizacji ww. świadczeń nie wskazano jednak konieczności zapewnienia superwizji psychoterapii uzależnień.

Obecnie w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień brak jest finansowania superwizji psychoterapii uzależnień w ramach świadczeń gwarantowanych.

#### Finansowanie superwizji w zakresach innych niż wnioskowane

Obecnie, świadczenia obejmujące superwizję wskazane są w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w warunkach ich realizacji w ramach poziomów referencyjnych. Konieczność zapewnienia superwizji została wskazana w:

- Zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny.
- Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny.
- Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - poradnia zdrowia psychicznego – II poziom referencyjny.
- Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny.
- Ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny.

W ramach organizacji udzielania ww. świadczeń, zostało wskazane wymagane zapewnienie analogicznego wymogu prowadzenia superwizji:

- świadczeniodawca zapewnia superwizję dla osób udzielających świadczeń: sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej oraz sesja psychoterapii grupowej; superwizja jest zapewniana co najmniej 12 razy w roku, przy czym w przypadku realizacji tego obowiązku na minimalnym poziomie liczba superwizji w miesiącu nie może być większa niż 2

W ramach Zarządzenia Prezesa NFZ (Zarządzenie NFZ) w ww. zakresie świadczeń dedykowane są produkty sprawozdawcze w ramach ryczałtu miesięcznego (obejmujące również wykonanie m.in. konsylium oraz sesji koordynacji świadczeniobiorcy) następujące pozycje:

**Tabela 2. Produkty sprawozdawcze dedykowane superwizji.**

| Nazwa zakresu świadczeń  | Kod produktów   | Nazwa produktów sprawozdawczych                      | Waga punktowa produktów rozliczeniowych                   |
|--|-----------------|--|---|
| Zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny. | 5.00.04.1791014 | superwizja osoby z personelu - I poziom referencyjny | 1 058,15<br>(ryczałt miesięczny wraz z innymi produktami) |



|   |                 |   |   |
|---|-----------------|---|---|
| Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny. | 5.00.04.1791014 | superwizja osoby z personelu - I poziom referencyjny  | 2 116,30<br>(ryczałt miesięczny wraz z innymi produktami) |
| Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - poradnia zdrowia psychicznego - II poziom referencyjny.       | 5.00.04.2703013 | superwizja osoby z personelu - II poziom referencyjny | 0   |
| Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny.                                       |                 |   |   |

## 2.5. Wcześniejsze oceny Agencji związane z przedmiotowym zleceniem

Zasadność zakwalifikowania przedmiotowego świadczenia „sesja superwizji psychoterapii uzależnień” nie była wcześniej przedmiotem oceny Agencji. Dotychczas ocenie poddana było świadczenie „superwizja procesu diagnostycznego”. W poniższej tabeli przedstawiono rekomendacje / opinie wraz z uzasadnieniem.

| Numer BIP                | Uzasadnienie rekomendacji   | Rekomendacja / opinia  |
|--------------------------|---|--|
| <a href="#">100/2022</a> | <p><b>Rekomendacja nr 96/2022 z 31 października 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji</b></p> <p>Zaburzenia psychiczne to jedna z głównych przyczyn orzeczeń o stopniu niepełnosprawności/orzeczeń o niepełnosprawności, obniżenia dobrostanu jednostki i jej otoczenia, skrócenia długości życia m.in. poprzez próby samobójcze i zaniedbane choroby współistniejące. Z danych bazy analiz systemowych i wdrożeniowych (BASIW) wynika, że w populacji pediatrycznej (zgodnej ze zleceniem) w 2020 r. z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skorzystało łącznie 146,2 tys. pacjentów (142,96 tys. opieka psychiatryczna; 4,65 tys. uzależnienia), co stanowiło niewiele ponad 10% wszystkich pacjentów korzystających z tego typu świadczeń.</p> <p>Wnioskowane świadczenie tj. „Sesja superwizji procesu diagnostycznego” realizowane jest bez udziału pacjenta i dedykowana psychologowi prowadzącemu proces diagnostyczny. Zgodnie ze zleceniem świadczenie ma dotyczyć osób z populacji pediatrycznej z niejasnym obrazem klinicznym prezentowanych objawów. Celem superwizji procesu diagnostycznego jest pomoc w rozwiązywaniu bieżących trudności diagnostycznych, a także systematyczny rozwój psychologicznych kompetencji diagnostycznych, pogłębianie myślenia i doświadczenia klinicznego superwizanta, co wpływa na zapewnienie trafności i profesjonalizm stawianej diagnozy. Oceniane świadczenie nie podlega obecnie finansowaniu ze środków publicznych nie ma także procedur, które mogłyby stanowić dla niego alternatywę.</p> | Pozytywna  |
|                          | <p><b>Stanowisko Rady Przejrzystości nr 95/2022 z dnia 31 października 2022 roku</b></p> <p>Rada Przejrzystości uznaje za niezasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień „sesja superwizji procesu diagnostycznego”, jako świadczenia gwarantowanego.</p> <p>Jednocześnie Rada uważa za zasadne finansowanie świadczenia „sesja superwizji procesu diagnostycznego” w ramach budżetu powierzonego do podmiotów na I poziomie referencyjnym (wzorem POZ).</p> <p><b>Uwagi Rady:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Świadczenia „Sesja superwizji procesu diagnostycznego” należy rozliczać w ramach budżetu powierzonego do podmiotów na I poziomie referencyjnym (wzorem POZ). Podmioty I poziomu referencyjnego dysponując środkami finansowymi będą miały wpływ na wybór odpowiedniego ośrodka i superwizora oraz ocenę jakości świadczonych usług przez II poziom referencyjny.</li> <li>Wprowadzenie zmian wymaga dodatkowej oceny wykonalności dotyczącej liczby i kwalifikacji personelu, dostępności pomieszczeń i systemów teleinformatycznych.</li> <li>Konieczne jest precyzyjne zweryfikowanie obciążeń budżetowych związanych z finansowaniem wnioskowanej procedury.</li> </ol>  | Niezasadne jako świadczenie gwarantowane - zasadne finansowane w formie budżetu powierzonego |

## 2.6. Rekomendacje, wytyczne kliniczne oraz standardy

W dniach 24-25 kwietnia 2024 r. przeprowadzono wyszukiwanie rekomendacji i wytycznych klinicznych oraz standardów organizacyjnych superwizji terapii uzależnień. W wyniku wyszukiwania odnaleziono trzy wytyczne kliniczne oraz 5 dokumentów odnoszących się do standardów organizacyjnych leczenia lub profilaktyki uzależnień.

### 2.6.1. Standardy organizacyjne leczenia uzależnień

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) w swoich Standardach rekomenduje finansowanie superwizji pracy terapeutów w placówce leczenia uzależnień zaznaczając, że:

- jest to najlepsza forma doskonalenia zawodowego pracowników oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów,
- superwizję mogą prowadzić osoby wpisane na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej do celów szkoleniowych, jak również superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- koszt jednostkowy brutto superwizji grupowej prowadzonej przez superwizora psychoterapii uzależnień wg. Taryfikatora rekomendowanych stawek wynagrodzeń za realizację działań w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, wynosi od 165 zł za godzinę.

Polskie Standardy w odniesieniu do superwizji są zgodne z standardami z innych krajów tj:

- Kluczowe Standardy Jakości dotyczące oceny usług w leczeniu uzależnionych od narkotyków opracowane przez UNODC (ang. United Nations Office on Drugs and Crime) oraz Standardy opracowane przez WHO podają, że powinno się zapewnić personelowi pracującemu z osobami uzależnionymi m.in. wsparcie za pomocą regularnej superwizji.
- WHO podaje w swoich Standardach, że personel pracujący w specjalistycznych placówkach zajmujących się zaburzeniami związanymi z używaniem narkotyków powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje, certyfikaty oraz przechodzić superwizje kliniczne i ciągłe szkolenia oparte na dowodach,
- BSAS (ang. Bureau of Substance Abuse Services Massachusetts Department of Public Health) określa minimalny zakres szkoleń i superwizji pracowników tj. co dwa tygodnie godzinna superwizja (indywidualna lub grupowa) dla pracowników pełnoetatowych pracujący bezpośrednio z osobami uzależnionymi.

Szczegółowe informacje przedstawiono w tabeli poniżej (patrz Tabela 3).

**Tabela 3. Standardy organizacyjne leczenia uzależnień**

| Organizacja, rok, kraj/region   | Wybrane standardy organizacyjne  |
|---|--|
| <p><b>KCPU 2023</b><br/>Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom</p> <p>Polska</p> <p><u>Tytuł:</u> Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w 2023 roku</p> | <p><u>Finansowanie superwizji klinicznej terapeutów oraz zespołów terapeutycznych w placówkach leczenia uzależnień</u></p> <p>Ważne jest zapewnienie zespołowi terapeutycznemu dostępu do systematycznej superwizji. Superwizję mogą prowadzić osoby wpisane na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej do celów szkoleniowych, jak również superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.</p> <p>Superwizorzy ww. towarzystw mogą być szczególnie przydatni do superwizowania pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi na bardziej zaawansowanych etapach terapii, pracy z członkami rodzin osób uzależnionych oraz osobami uzależnionymi ze współwystępującymi innymi zaburzeniami psychicznymi.</p> <p><b>Rekomenduje się finansowanie superwizji pracy terapeutów w placówce leczenia uzależnień. Superwizja jest najlepszą formą doskonalenia zawodowego oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów.</b></p> <p>Rekomenduje się również zapewnienie osobom pracującym z członkami rodzin z problemem przemocy dostępu do stałej superwizji, która pozwala na analizę osobistych postaw wobec ofiar i sprawców przemocy i przekonań na temat zjawiska przemocy w rodzinie, a tym samym przekłada się na bardziej profesjonalną i skuteczną pracę z klientem.</p> <p><b>Koszt jednostkowy brutto superwizji grupowej</b> prowadzonej przez superwizora psychoterapii uzależnień (maksymalna stawka przysługuje, jeśli grupa superwizantów liczy 6–7 osób) wg. Taryfikatora rekomendowanych stawek wynagrodzeń za realizację działań w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, wynosi od <b>165 zł za godzinę</b>.</p> |
| <p><b>UNODC 2021</b><br/>United Nations Office on Drugs and Crime</p>   | <p>Kluczowe standardy jakości dotyczące oceny usług w leczeniu uzależnionych od narkotyków zostały podzielone na obszary:</p> <p>1) efektywne zarządzanie opieką;</p>  |

| Organizacja, rok, kraj/region   | Wybrane standardy organizacyjne   |
|---|---|
| <p>Państwa członkowskie ONZ</p> <p><u>Tytuł:</u> Quality assurance in treatment for drug use disorders: key quality standards for service appraisal</p>   | <p>2) zindywidualizowane, skoncentrowane na pacjencie leczenie i opieka;<br/>3) szybki dostęp do interwencji opartych na dowodach;<br/>4) promowanie zdrowia, bezpieczeństwa i praw pacjenta.</p> <p>Kluczowe Standardy Jakości zostały ułożone w formie listy kontrolnej do oceny usług, w tym kryteria i sugestie dotyczące źródeł informacji, które można wykorzystać jako środki weryfikacji w celu oceny zgodności.</p> <p>Na ww. liście kontrolnej znajduje się punkt dotyczący zarządza zasobami ludzkimi przez placówkę. Aby zapewnić skuteczne leczenie powinny być spełnione warunki tj. m.in. <b>zapewnienie personelowi wsparcia za pomocą regularnej superwizji.</b></p> <p>Jako potencjalne źródła informacji na temat superwizji wskazano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>dokumenty lub regulaminy zapewniające regularny nadzór i wsparcie zasobów ludzkich,</li> <li>audyt dokumentacji kadrowej, nadzór i wsparcie,</li> <li>informacje od menadżerów i personelu.</li> </ul> <p>Zaproponowana punktacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Spełnione: Istnieje system regularnej superwizji, który jest dostępny dla większości profesjonalistów</li> <li>Częściowo spełnione: Istnieje system regularnej superwizji, ale jest on dostępny tylko dla niektórych specjalistów lub dostępna superwizja nie jest regularna</li> <li>Niespełnione: Mały zakres lub brak superwizji i wsparcia personelu</li> </ul> <p>Ww. punkt na liście kontrolnej odzwierciedla oczekiwanie regularnego nadzoru (np. co miesiąc) i wsparcia dla personelu zapewniającego bezpośrednie leczenie pacjentów lub interwencje u pacjentów</p>   |
| <p><b>WHO 2020</b><br/>World Health Organization</p> <p>Świat</p> <p><u>Tytuł:</u> International standards for the treatment of drug use disorders</p>  | <p><u>Zapewnienie dobrego zarządzania klinicznego usługami terapeutycznymi i programami leczenia zaburzeń związanych z używaniem narkotyków</u></p> <p>Dobrej jakości i skuteczne usługi w zakresie leczenia zaburzeń związanych z używaniem narkotyków powinny opierać się na odpowiedzialnych i skutecznych metodach zarządzania. Program leczenia, zasady, procedury i mechanizmy koordynacji powinny zostać określone z wyprzedzeniem i wyjaśnione wszystkim pracownikom oraz pacjentom. Organizacja usług powinna być zgodna z aktualnymi dowodami naukowymi i reagować na potrzeby usługobiorcy.</p> <p>Organizacje powinny wdrożyć różnorodne środki mające na celu wsparcie swoich pracowników oraz zachęcać personel do świadczenia dobrej jakości usług.</p> <p>Wybrane standardy zarządzania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Polityka i plany leczenia zaburzeń związanych z używaniem narkotyków powinny być formułowane przez odpowiednie instytucje państwowe i powinny opierać się na zasadach powszechnej opieki zdrowotnej, zgodnej z najlepszymi dostępnymi dowodami i powinny być opracowane przy aktywnym zaangażowaniu kluczowych interesariuszy, w tym populacji docelowej, pacjentów, członków ich rodzin i społeczności oraz organizacji pozarządowych.</li> <li>Dostępne powinny być pisemne zasady świadczenia usług i protokoły leczenia, znane całemu personelowi oraz wytyczne dotyczące świadczenia usług terapeutycznych i interwencji.</li> <li><b>Personel pracujący w specjalistycznych placówkach zajmujących się zaburzeniami związanymi z używaniem narkotyków powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje, certyfikaty oraz przechodzić ciągłe szkolenia oparte na dowodach i superwizje kliniczne.</b><br/><b>Aby zapobiec „wypaleniu” wśród pracowników, potrzebna jest superwizja kliniczna, mentoring, środki ochrony bezpieczeństwa i inne formy wsparcia.</b></li> </ul> <p><u>Kluczowe wymagania dotyczące placówek niewyspecjalizowanych w leczeniu osób cierpiących na zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych wskazują m.in. na to że:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Personel opieki zdrowotnej i opieki społecznej musi zostać przeszkolony w zakresie badań przesiewowych, krótkiej interwencji i kierowania na leczenie w przypadku zaburzeń związanych z używaniem narkotyków oraz mieć dostęp do ustawicznego szkolenia i superwizji.</b></li> </ul> |
| <p><b>EMCDDA 2018</b><br/>European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction</p> <p>Europa</p> <p><u>Tytuł:</u> European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals</p> | <p>Członkowie personelu są kluczowym zasobem <b>programów profilaktyki uzależnień</b> od narkotyków. Jednak muszą w tym celu być wyposażeni w odpowiednią wiedzę, umiejętności oraz zachowania. Kompetencje personelu można podzielić na cztery główne kategorie: kompetencje podstawowe (np. wiedza na temat skutecznych modeli profilaktyki uzależnień), kompetencje szczegółowe (np. wiedza i umiejętności ściśle związane z daną interwencją), kompetencje ogólne (np. uniwersalne umiejętności społeczne, zarządzanie projektem), meta-kompetencje, które umożliwiają personelowi zaspokajanie indywidualnych potrzeb uczestników (np. wrażliwość kulturowa).</p> <p>Standardy wskazują na zakres tematyczny szkolenia, jak również kompetencje, jakie powinien posiadać personel realizujący program profilaktyki uzależnień. Personel powinien otrzymać również wsparcie w trakcie realizacji programu, które obejmuje m.in.:</p>  |

| Organizacja, rok, kraj/region   | Wybrane standardy organizacyjne   |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• wsparcie emocjonalne</li> <li>• zewnętrzną superwizję (przykłady treści: weryfikacja wiedzy personelu, postaw)</li> <li>• funkcjonowania zespołu</li> <li>• strukturalne wsparcie kolegów;</li> <li>• wsparcie w miejscu pracy.</li> </ul>   |
| <p><b>BSAS 2016</b><br/>Bureau of Substance Abuse Services<br/>Massachusetts<br/>Department of Public Health<br/><br/>Stany Zjednoczone<br/><br/>Tytuł: Massachusetts Department of Public Health. Bureau of Substance Abuse Services. Standards of care.</p> | <p>Zasady opieki w zakresie zapobiegania, leczenia uzależnień i powrotu do zdrowia obejmują m.in. zapis, że profilaktykę i leczenie zapewnia dobrze przeszkolony i poddawany superwizji personel.</p> <p>BSAS określa minimalny zakres szkoleń i superwizji pracowników.<br/>Pracownicy pełnoetatowi pracujący bezpośrednio z obsługiwanymi osobami muszą co dwa tygodnie uczestniczyć w godzinnej superwizji indywidualnej lub grupowej. Superwizja musi dotyczyć procesów klinicznych i leczenia oraz być odpowiednio udokumentowana.</p> |

## 2.6.2. Wytyczne i rekomendacje kliniczne

Odnalezione wytyczne kliniczne wskazują na to, że:

- superwizja ma na celu rozwój kompetencji personelu (w tym psychoterapeutów uzależnień) i powinna być przeprowadzana regularnie,
- osoba przeprowadzająca superwizję (superwizor) powinna być odpowiednio przeszkolona,
- superwizor powinien sprawować bezpośredni nadzór nad psychoterapeutą i priorytetowo traktować jego rozwój i dobre samopoczucie,
- superwizja to proces wykorzystujący bezpośrednio różne techniki obserwacji,
- oczekuje się, że superwizja będzie wiązała się ze zwiększeniem kompetencji psychoterapeutów a co za tym idzie poprawą wyników klinicznych pacjentów,
- superwizja przyczynia się do zmniejszenia rotacji personelu oraz poprawia ich morale i motywację do pracy,
- superwizja powinna być istotną częścią wszystkich programów leczenia uzależnień. Każdy psychoterapeuta, niezależnie od poziomu umiejętności i doświadczenia, potrzebuje i ma prawo do superwizji.

Szczegółowe informacje przedstawiono w tabeli poniżej (patrz Tabela 4).

**Tabela 4. Wytyczne kliniczne dotyczące superwizji**

| Organizacja, rok, kraj/region  | Wytyczne kliniczne   |
|--|--|
| <p><b>APA 2014</b><br/>American Psychological Association<br/><br/>Ameryka Północna<br/><br/><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.<br/><br/><u>Źródło finansowania:</u> brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p> | <p>Wytyczne wskazują, że superwizja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• to odrębna kompetencja zawodowa wymagająca formalnego wykształcenia i szkolenia superwizora, która priorytetowo traktuje opiekę nad pacjentem,</li> <li>• koncentruje się na zdobywaniu przez pracowników kompetencji i obejmuje ocenę nabytych umiejętności.</li> <li>• odbywa się w ramach opartej na szacunku i współpracy relacji nadzorczej i pociąga za sobą obowiązki za równo po stronie superwizora i osoby poddanej superwizji,</li> <li>• prowadzona jest z zachowaniem standardów etycznych i prawnych,</li> <li>• różni się od konsultacji, psychoterapii osobistej i mentoringu m.in. odpowiedzialnością zawodową, celem działania, względną władzą zaangażowanych stron oraz obecnością lub brakiem oceny (podczas konsultacji konsultant nie ocenia usługodawcy polecającego, nie ponosi odpowiedzialności, a pracownik nie jest zobowiązany do wdrożenia ustaleń z konsultacji. Superwizję odróżnia się od psychoterapii osobistej tym, że koncentruje się ona na pacjencie, reakcjach superwizora na klienta/pacjenta i/lub procesie superwizji związanym</li> </ul> |

| Organizacja, rok, kraj/region   | Wytuczne kliniczne  |
|---|---|
|   | z klientem/pacjentem. Mentoring różni się od superwizji brakiem oceny lub zróżnicowania władzy oraz wspieraniem przez mentora rozwoju zawodowego i dobra protegowanego).  |
| <p><b>NSW 2018</b><br/>New South Wales Government</p> <p>Australia</p> <p><u>Metodyka:</u> wytuczne powstały w oparciu o konsensus ekspercki</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> NSW Department of Health</p>  | <p><u>Wytuczne dotyczące superwizji w leczeniu uzależnień od alkoholu i narkotyków</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Celem superwizji klinicznej jest zapewnienie wsparcia i rozwoju personelu oraz zapewniania jakości i bezpieczeństwa klinicznego świadczonych przez nich usług.</li> <li>Sesje superwizji obejmują przegląd i dyskusję na temat praktyki klinicznej pracownika. Dyskusje pozostają poufne, z wyjątkiem okoliczności budzących poważne obawy etyczne lub zawodowe w postępowaniu pracownika lub co do bezpieczeństwa pracownika lub pacjenta.</li> <li>Organizacje mogą zdecydować się na zatrudnienie superwizorów klinicznych którzy są albo wewnątrzni (zatrudnieni przez daną organizację) lub zewnątrzni.</li> <li>Superwizja może być oferowany w formie indywidualnej (jeden superwizor i jeden pracownik) lub grupowej (jeden superwizor na niewielką liczbę personelu).</li> <li>Superwizor musi zostać przeszkolony w zakresie nadzoru klinicznego. Należy zapewnić, że działa on w ramach odpowiednich etycznych i zawodowych kodeksów postępowania oraz spełnia wymogi co do kompetencji.</li> <li>Superwizja opiera się na rozwoju silnego sojuszu pomiędzy superwizorem a pracownikami podlegającymi superwizji.</li> <li>Programy superwizji muszą być elastyczne i odpowiadać na potrzeby pracowników</li> <li>Organizacje muszą zadbać o odpowiednią infrastrukturę do wspierania, koordynowania i zarządzania programami superwizji.</li> <li>Monitorowanie i ocena superwizji jest istotna do zidentyfikowania korzyści, określenia efektywności i poziom satysfakcji personelu.</li> </ul> <p>Struktura sesji superwizji klinicznej</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Superwizja organizowana jest w formie indywidualnych sesji lub spotkań, najczęściej trwających godzinę i odbywających się co miesiąc. Obejmują one pracownika (lub grupę pracowników) i superwizora pracujących razem na osobności.</li> <li>Sesje skupiają się zawsze na roli i praktyce klinicznej osoby poddawanej superwizji, a obowiązkiem superwizora jest zapewnienie odpowiedniej struktury sesji, aby zaangażować pracownika w dyskusję, refleksję i odpowiednie ujawnienie informacji. Najpowszechniejszą metodą wywoływania dyskusji i identyfikowania istotnych kwestii jest prezentacja lub przegląd przypadku, podczas którego pracownik przedstawia sprawę, nad którą aktualnie pracuje, zwykle wykorzystując uzgodniony format prezentacji i wymagając pewnego stopnia przygotowania ze strony pracownika przed sesją superwizji klinicznej. Mniej powszechne, ale ważne procesy stosowane w sesjach superwizji klinicznej to bezpośrednia obserwacja pracownika z pacjentem przez superwizora, nagranie wideo lub audio interwencji pacjenta oraz przegląd notatek i dokumentacji przypadku.</li> <li>Niezależnie od zastosowanej metody, intencją sesji superwizji klinicznej jest wywołanie dyskusji i refleksji na temat szerokiego zakresu zagadnień bezpośrednio związanych z praktyką kliniczną.</li> </ul> |
| <p><b>SAMHSA 2014</b><br/>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</p> <p>Stany Zjednoczone</p> <p><u>Metodyka:</u> wytuczne powstały w oparciu o konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> U.S. Department of Health and Human Services</p> | <p>Superwizja i rozwój zawodowy doradcy ds. uzależnień</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Superwizja jest istotną częścią wszystkich programów klinicznych i stanowi centralne działanie organizacyjne, które integruje misję programu, cele i filozofię leczenia z teorią kliniczną i praktykami opartymi na dowodach.</li> <li>Głównymi powodami superwizji jest zapewnienie wysokiej jakości opieki nad pacjentem oraz systematyczny rozwój zawodowy personelu.</li> <li>W procesie leczenia uzależnień, nadzór kliniczny jest głównym sposobem określania jakości świadczonej opieki.</li> <li>Superwizja jest niezbędna w leczeniu uzależnień, aby poprawić jakość opieki nad pacjentem, rozwijać profesjonalizm personelu klinicznego oraz przekazywać i utrzymywać standardy etyczne w tej dziedzinie.</li> <li>Wysokiej jakości superwizja opiera się na pozytywnej relacji superwizor – pracownik poddawany superwizji, która promuje dobro pacjenta i rozwój zawodowy pracownika.</li> <li>Skuteczna superwizja gwarantuje kompetentną opiekę nad pacjentami. Superwizja sprawia, że doradcy ds. uzależnień stale podnoszą swoje umiejętności, co z kolei zwiększa skuteczność leczenia, utrzymanie pacjentów i satysfakcję personelu. Superwizor pełni także funkcję łącznika pomiędzy personelem administracyjnym a personelem klinicznym.</li> <li>Każdy klinicysta, niezależnie od poziomu umiejętności i doświadczenia, potrzebuje i ma prawo do superwizji.</li> <li>Superwizję należy dostosować do wiedzy, umiejętności i doświadczenia pracownika. Częstotliwość i intensywność superwizji powinny zależeć od: roli, poziom umiejętności i kompetencje pracownika poddawanego superwizji.</li> <li>Superwizja powinna obejmować metody bezpośredniej obserwacji. Bezpośrednia obserwacja powinna być standardem w terenie, bo jest jedną z najskuteczniejszych</li> </ul>  |

| Organizacja, rok, kraj/region | Wytyczne kliniczne   |
|-------------------------------|--|
|                               | <p>sposobów budowania umiejętności, monitorowania pracy doradcy i zapewniania wysokiej jakości opieki.</p> <p><u>Wytyczne dla administratorów</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Superwizja powinna być istotną częścią wszystkich programów leczenia uzależnień. Każdy psychoterapeuta uzależnień, niezależnie od poziomu umiejętności i doświadczenia, potrzebuje i ma prawo do nadzoru.</li><li>• Superwizja umożliwia organizacjom dokonywanie pomiarów jakości usług. Zapewnia, że pracownicy przestrzegają zasad i procedur oraz przestrzegają standardów. Superwizja zapewnia administratorom narzędzia umożliwiające: ocenianie wydajności pracy, utrzymanie komunikacji między administratorami a doradcami, rozwiązywanie konfliktów i rozliczanie personelu z jakości pracy. Superwizja to a narzędzie do zarządzania ryzykiem, które zwiększa organizację pracy.</li><li>• Superwizja zwiększa również satysfakcję personelu oraz poprawiając ogólną reputację instytucji w społeczności.</li><li>• Superwizja prowadzona przez przeszkolonych i wykwalifikowany personel pomaga psychoterapeutom zrozumieć i skuteczniej reagować na wszelkiego rodzaju sytuacje kliniczne i zapobiegać eskalacji kryzysów klinicznych. Zapewnia przestrzeganie wytycznych klinicznych i ułatwia wdrażanie i doskonalenie praktyk opartych na dowodach.</li><li>• Superwizja przyczynia się do zmniejszenia rotacji personelu oraz poprawia ich morale i motywację do pracy.</li></ul> |

### 3. Analiza kliniczna

#### 3.1. Przegląd opublikowanych dowodów naukowych

Celem odnalezienia dowodów naukowych dotyczących skuteczności sesji superwizji psychoterapii uzależnień jako elementu procesu leczenia uzależnień przeprowadzono przegląd systematyczny. Wyszukiwanie przeprowadzono 02.05.2024 r. w bazach informacji medycznych: Medline (via Pubmed), Embase (via Ovid) oraz Cochrane. Strategie wyszukiwania zamieszczono w Załączniku (patrz Rozdział 7.1). Selekcja publikacji została przeprowadzona niezależnie przez dwóch analityków, a rozbieżności były rozstrzygane drogą konsensusu.

W tabeli poniżej przedstawiono kryteria selekcji publikacji w ramach przeglądu systematycznego.

Tabela 5. Kryteria selekcji publikacji

|                       | Kryteria włączenia   | Kryteria wyłączenia   |
|-----------------------|--|---|
| <b>Populacja</b>      | Personel udzielający świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnień (Superwizor psychoterapii uzależnień, superwizor aplikant psychoterapii uzależnień) lub pacjenci będący objęci świadczeniami psychoterapii uzależnień  | Inna niż wskazane w kryteriach włączenia  |
| <b>Interwencja</b>    | Sesja superwizji psychoterapii uzależnień  | Inna niż wskazana w kryteriach włączenia  |
| <b>Komparator</b>     | Nie ograniczono  | n.d.  |
| <b>Punkty końcowe</b> | Nie ograniczono  | n.d.  |
| <b>Typ badania</b>    | Badania pierwotne: <ul style="list-style-type: none"> <li>• randomizowane badania kliniczne</li> </ul> Badania wtórne: <ul style="list-style-type: none"> <li>• przeglądy systematyczne/ metaanalizy</li> </ul> W przypadku, gdy nie odnaleziono przeglądów systematycznych lub badań RCT włączano następujące typy badań: <ul style="list-style-type: none"> <li>• badania kliniczne kontrolowane, nierandomizowane,</li> <li>• badania kliniczne jednoramienne,</li> <li>• badanie obserwacyjne z grupą kontrolną,</li> <li>• serie przypadków i opisy przypadków</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• badania na zwierzętach, badania linii komórkowych, opisy przypadków, analizy ekonomiczne, badania kliniczne I i II fazy</li> <li>• artykuły pogładowe, przeglądy niesystematyczne opublikowane jako artykuły, listy do redakcji</li> </ul> |
| <b>Inne</b>           | Publikacje w języku polskim lub angielskim   | Publikacje w postaci abstraktu lub doniesień konferencyjnych  |

#### 3.2. Charakterystyka włączonego badania

Do przeglądu systematycznego włączono jedną publikację naukową (Laschober 2012) odnoszącą się do postrzegania superwizji klinicznej i doradcy klinicznego w leczeniu uzależnień. Charakterystykę ww. badania przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 6. Charakterystyka badania włączonego do przeglądu systematycznego

| Badanie  | Metodyka   | Populacja   | Punkty końcowe  |
|--|--|---|---|
| <b>Laschober 2012</b><br><br><b>Źródło finansowania:</b><br>National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health. | <b>Metodyka:</b> Badanie ankietowe<br><b>Cel:</b> Zbadanie postrzegania przez superwizorów klinicznych ich doświadczenia i umiejętności w zakresie superwizji oraz ocena ich efektywności pracy przez doradców ds. uzależnienia. | <b>Kryteria włączenia:</b><br>Superwizorzy i doradcy ds. Uzależnień uczestniczący w projekcie Managing Effective Relationships in Treatment Services (MERITS I). finansowanym przez National Institute on Drug Abuse (NIDA)<br><b>Liczba uczestników:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 181 superwizorów klinicznych</li> <li>• 484 doradców ds. uzależnień</li> </ul> | <b>Pytania badawcze:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jak superwizorzy postrzegają swoje przeszkolenie w zakresie superwizji klinicznej?</li> <li>• Jak doradcy ds. uzależnień postrzegają efektywność pracy swoich superwizorów klinicznych?</li> <li>• Jak superwizorzy i ich doradcy postrzegają praktyki stosowane</li> </ul> |

|  |  |  |                        |            |
|--|--|--|------------------------|------------|
|  |  |  | podczas<br>klinicznej? | superwizji |
|--|--|--|------------------------|------------|

### 3.3. Wyniki

W badaniu włączonym do analizy Agencji opisano praktyki superwizji klinicznej w kontekście leczenia uzależnień. z perspektywy doradcy ds. leczenia uzależnień i superwizora oraz analizowano czy superwizja jest uważana za skuteczną.

Wyniki badania Laschober 2012 wskazują na to, że:

- superwizorzy posiadają wysokie kompetencje i doświadczenie w zakresie prowadzenia superwizji psychoterapii uzależnień,
- doradcy ds. leczenia uzależnień postrzegają superwizorów jako skutecznych w wykonywaniu swojej pracy,
- superwizorzy deklarują, iż poświęcają więcej czasu na prowadzenie superwizji niż wskazują na to osoby podlegające superwizji (doradcy ds. uzależnień),
- podczas sesji superwizji informacje mogą być przekazywane różnymi metodami (m.in. osobiście podczas spotkań indywidualnych, sesji grupowych, drogą telefoniczną, za pośrednictwem poczty elektronicznej) przy czym superwizorzy deklarują stosowanie większej różnorodności metod przekazywania informacji podczas sesji superwizji niż deklarują to osoby poddawane tej superwizji.

Szczegółowe wyniki badania przedstawiono w poniżej.

#### Postrzeganie przez superwizorów swojego doświadczenia i przeszkolenia w zakresie superwizji klinicznej

Superwizorzy mieli średnio 7,43 roku doświadczenia w pracy jako superwizorzy kliniczni a podczas swojej kariery zawodowej prowadzili superwizję średnio 28,89 doradców. W momencie badania prowadzili superwizję dla średnio 7,62 doradców ds. uzależnień.

Superwizorzy deklarowali, że chcieliby przeznaczać średnio 39,65% swojego czasu pracy na superwizję, przy czym w rzeczywistości przeznaczali na sesję superwizji średnio 28,71% czasu pracy.

W odniesieniu do szkoleń zawodowych superwizorzy przeszli średnio 90,61 godziny szkolenia w zakresie prowadzenia superwizji klinicznej a raportowany przez nich zakres przebytych szkoleń wynosił średnio 1,68 pkt. (1 = brak szkoleń, 2 = szkolenia w pewnym zakresie, 3 = duży zakres szkoleń).

**Tabela 7. Postrzeganie przez superwizora klinicznego jego doświadczenia i szkolenia w zakresie superwizji**

| Pytania kliniczne skierowane do superwizorów                   | Średnia | SD     |
|--|---------|--------|
| Wieloletnie doświadczenie na stanowisku kierownika             | 7,43    | 7,08   |
| Liczba obecnie superwizjonowanych doradców                     | 7,62    | 4,77   |
| Liczba doradców superwizjonowanych w trakcie kariery zawodowej | 28,89   | 25,36  |
| % czasu spędzonego na superwizji                               | 28,71   | 21,21  |
| % czasu który chciałoby poświęcić na superwizję                | 39,65   | 23,60  |
| Godziny odbytego szkolenia dla superwizorów                    | 90,61   | 441,29 |
| Zakres szkolenia superwizorów zawartego w zajęciach*           | 1,68    | 0,57   |

\*Skala: 1 = wcale, 2 = pewien zakres, 3 = duży zakres

#### Efektywność pracy superwizorów klinicznych wg doradców do spraw uzależnień

Doradcy ds. leczenia uzależnień ocenili wydajność pracy swoich superwizorów średnio na 3,09 punktów (w 4-punktowej skali) co wskazuje na ogólną skuteczność ich pracy.

W odniesieniu do poszczególnych pozycji w ankiecie dotyczących wydajności pracy superwizorów, 12 z 14 pozycji uzyskało 3-4 punkty (średni zakres między 3,00 a 3,30), a 2 pozycje (dotyczące pomocy ze strony superwizora w zakresie zarządzania planem leczenia pacjentów oraz doskonalenia umiejętności jako



doradców ds. uzależnień) oceniono poniżej 3 punktów (średni zakres między 2,83 a 2,94). Szczegółowe informacje przedstawiono poniżej.

**Tabela 8. Postrzeganie przez doradców efektywności pracy superwizorów klinicznych**

| Pytania kliniczne skierowane do doradców dotyczące superwizorów                            | Średnia     | SD          |
|--|-------------|-------------|
| <b>Wydajność pracy superwizora (ocena złożona na podstawie pozycji 1-14)</b>               | <b>3,09</b> | <b>0,70</b> |
| 1.Udziela informacji zwrotnych na temat mojej pracy klinicznej z poszczególnymi pacjentami | 3,07        | 0,78        |
| 2.Udziela informacji zwrotnych na temat mojej pracy klinicznej z grupami terapeutycznymi   | 3,00        | 0,80        |
| 3.Pomaga mi doskonalić moje umiejętności jako doradcy                                      | 2,94        | 0,87        |
| 4.Wykazuje się wiedzą kliniczną  | 3,30        | 0,82        |
| 5.Dzieli się odpowiednimi doświadczeniami zawodowymi                                       | 3,14        | 0,87        |
| 6.Zachęca mnie do poświęcenia czasu na zrozumienie tego, co mówi pacjent                   | 3,05        | 0,88        |
| 7. Sugeruje alternatywne sposoby interwencji w kontaktach z pacjentami                     | 3,08        | 0,77        |
| 8.Pomaga mi w podejściu do unikalnych problemów, które napotykam z pacjentami              | 3,14        | 0,81        |
| 9. Uważnie słucha mojego punktu widzenia na kwestie kliniczne                              | 3,07        | 0,89        |
| 10. Pomaga mi projektować, wdrażać i oceniać plany leczenia pacjentów                      | 2,83        | 0,88        |
| 11. Udziela mi wskazówek, gdy jest o to poproszony   | 3,24        | 0,79        |
| 12. Prosi mnie o wyjaśnienia dotyczące zachowania pacjenta                                 | 3,04        | 0,80        |
| 13. Zachęca mnie do formułowania własnych interwencji w stosunku do pacjenta               | 3,06        | 0,84        |
| 14. Traktuje mnie jak kolegę na naszych sesjach superwizyjnych                             | 3,12        | 0,90        |

Skala: :1 = bardzo nieskuteczny, 2 = nieskuteczny, 3 = skuteczny, 4 = bardzo skuteczny

### Postrzeganie praktyk stosowanych podczas superwizji klinicznej

Superwizorzy oraz doradcy ds. leczenia uzależnień deklarowali różną długość prowadzenia superwizji. Superwizorzy zgłaszali, że nadzorują swoich doradców średnio 1,82 roku, natomiast doradcy wskazywali średnio na okres 1,97 roku.

Superwizorzy zgłaszali również znacznie większą ilość czasu spędzanego na interakcji z superwizowanymi doradcami w porównaniu z raportami doradców (średnio 8,78 h/tydzień vs 5,42 h/tydzień) oraz deklarowali oni stosowanie znacznie większej różnorodności interakcji i metod przekazywania informacji zwrotnych podczas sesji superwizji. Szczegółowe informacje przedstawiono poniżej.

**Tabela 9. Postrzeganie praktyk nadzoru klinicznego przez superwizora klinicznego i doradcę klinicznego (n = 484)**

| Pytania kliniczne   | Superwizorzy | Doradcy     | Sparowany t- test | $\chi^2$ test |
|---|--------------|-------------|-------------------|---------------|
| Lata nadzorowane [M,(SD)]   | 1,82 (2,31)  | 1,97 (2,37) | 3,10**            | -             |
| Godziny spędzone na interakcji/tydzień [M,(SD)]                       | 8,78 (9,60)  | 5,42 (7,35) | -6,48***          | -             |
| Godziny spędzone na przekazywaniu informacji zwrotnych/tydz. [M,(SD)] | 2,57 (3,26)  | 2,94 (5,57) | 0,70              | -             |
| Tryby interakcji: [n,(%)]   |              |             |                   |               |
| Przegląd opisów przypadków  | 432 (89)     | 321 (69)    | -                 | 58,43***      |
| Wysłuchanie prezentacji przypadków                                    | 394 (81)     | 315 (68)    | -                 | 22,96***      |
| Udział w sesjach grupowych  | 228 (47)     | 134 (29)    | -                 | 33,35***      |
| Uczestniczenie w indywidualnych sesjach superwizji                    | 176 (36)     | 75 (16)     | -                 | 49,65***      |
| Przeglądy sesji superwizji nagranych wideo/audio                      | 59 (12)      | 45 (10)     | -                 | 1,51          |
| Zastosowanie innego sposobu interakcji                                | 154 (32)     | 156 (34)    | -                 | ,35           |
| Tryby informacji zwrotnej [n,(%)]                                     |              |             |                   |               |
| Dyskusja jeden na jeden   | 478 (99)     | 421 (91)    | -                 | 31,14***      |
| Dyskusja grupowa  | 386 (80)     | 283 (61)    | -                 | 40,15***      |
| Poczta elektroniczna  | 317 (66)     | 257 (55)    | -                 | 10,13**       |
| Kontakt telefoniczny  | 302 (62)     | 226 (49)    | -                 | 17,99***      |
| Wiadomości pisemne  | 271 (56)     | 182 (39)    | -                 | 26,69***      |

| Pytania kliniczne              | Superwizorzy | Doradcy | Sparowany t- test | $\chi^2$ test |
|--------------------------------|--------------|---------|-------------------|---------------|
| Inne tryby informacji zwrotnej | 15 (3)       | 22 (5)  | -                 | 1,70          |

Skróty: M, średnia; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

### Ograniczenia analizy

Główne ograniczenia analizy wynikają z tego iż odnaleziono tylko jedno badanie odnoszące się do superwizji w psychoterapii uzależnień gdzie:

- nie analizowano zmian w postrzeganiu nadzoru klinicznego przez superwizorów i doradców ds. uzależnień w czasie,
- ankietowaną grupą poddawaną superwizji byli doradcy do spraw uzależnień (ang. substance abuse counselor) którzy m.in. udzielają poradnictwa (psychoterapii lub "terapii rozmową") dla osób lub grup osób uzależnionych od substancji. Mogą również prowadzić terapię dla członków rodziny i przyjaciół ww. osób. Wymagania, jakie trzeba spełniać aby zostać licencjonowanym doradcą ds. uzależnień mogą się różnić w zależności od pracodawcy i stanu w USA jednak stanowisko to nie jest tożsame z psychoterapeutą.

## 4. Analiza wpływu system ochrony zdrowia

### 4.1. Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Prezes NFZ w odpowiedzi z dnia 26.04.2024 wskazał, iż na podstawie przekazanej Karty Problemu Zdrowotnego oraz wskazanym w uzasadnieniu pkt. 9: „Obecnie trudno oszacować skutki finansowe, z uwagi na innowacyjne rozwiązanie i trudność w oszacowaniu potencjalnego zapotrzebowania”, z uwagi na brak wskazania poziomu finansowania w sposób procentowy albo kwotowy nie jest możliwe sporządzenie opinii w zakresie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

### 4.2. Analiza wpływu na budżet

#### 4.2.1. Oszacowanie według Karty Problemu Zdrowotnego

W ramach KPZ nie przedstawiono oszacowania skutków finansowych z perspektywy płatnika publicznego. Jako uzasadnienie wskazano innowacyjny charakter rozwiązania i trudność w oszacowaniu potencjalnego zapotrzebowania.

#### 4.2.2. Oszacowanie własne Agencji

Założono, że przedmiotowe świadczenie będzie realizowane zgodnie z założeniami i wymaganiami przedstawionymi w ramach KPZ.

##### 4.2.2.1. Metodyka i sposób przeprowadzenia analizy

Poniżej przedstawiono założenia i metodykę analizy potencjalnych skutków finansowych w przypadku objęcia refundacją ocenianego świadczenia.

##### 1. Założenia ogólne:

- a. Świadczenie dotyczyć będzie zespołu terapeutycznego realizującego świadczenia gwarantowane dedykowanych terapii leczenia uzależnień.
- b. Liczba realizowanych superwizji limitowana będzie głównie dostępnością personelu prowadzącego superwizję.

Zgodnie z założeniami wskazanymi w KPZ superwizję może prowadzić osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje, która jest wpisana na listę superwizorów prowadzoną przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (według KCPU: 66 osób - stan na 07.05.2024).

- c. Czas pracy na prowadzenie superwizji przyjęto na poziomie minimum 30% i maksymalnie 40%.

Superwizorzy przeznaczają w rzeczywistości około 30% czasu pracy na prowadzenie superwizji, a optymalny deklarowany czas wynosił około 40% czasu pracy (Laschober 2012).

##### 2. Horyzont czasowy: dwa lata

Przyjęto dwuletni horyzont analizy. Założono również, że w przypadku kwalifikacji przedmiotowego świadczenia, stopniowo wzrastać będzie liczba personelu uprawnionego do prowadzenia superwizji co wiązać się będzie ze wzrostem kosztów na poziomie 10% rocznie.

##### 3. Perspektywa: płatnika publicznego

##### 4. Liczebność populacji: 66 osób uprawnionych do prowadzenia superwizji psychoterapii uzależnień

##### 5. Koszt badań:

Jako koszty realizacji superwizji przyjęto dwa warianty:

- 1 wariant - 165 zł za godzinę (wg KCPU 2023),
- 2 wariant - 350 zł za godzinę (opinia ekspercka).

**6. Inne:** przyjęto założenie, iż wymiar pracy superwizora wynosi średnio 168 godzin miesięcznie

#### 7. Scenariusze kosztowe superwizji:

Scenariusz minimalny, założenia:

- 30% czasu pracy superwizora przeznaczony na realizację świadczeń sesji superwizji psychoterapii (ok 50 godz./miesiąc),
- 165 zł – koszt godziny pracy superwizora,
- Szacowany koszt miesięczny na jednego superwizora: 8 250 zł.

Scenariusz maksymalny, założenia:

- 40% czasu pracy superwizora przeznaczony na realizację świadczeń sesji superwizji psychoterapii (ok 67 godz./miesiąc),
- 350 zł – koszt godziny pracy superwizora
- Szacowany koszt miesięczny na jednego superwizora: 23 450 zł.

#### 4.2.2.2. Wyniki

Z uwagi na brak dotychczasowego finansowania superwizji sesji psychoterapii uzależnień ze środków publicznych, przedstawione koszty należy interpretować jako koszty inkrementalne.

Koszty realizacji wnioskowanego świadczenia mogą wynosić ok:

- w pierwszym roku na poziomie: od 6,6mln zł do 18,6 mln zł,
- w drugim roku na poziomie: od 7,2 mln zł do 20,5 mln zł.

**Tabela 10. Wyniki analizy wpływu na budżet**

| Scenariusz nowy | Scenariusz minimalny* |           | Scenariusz maksymalny* |            |
|-----------------|-----------------------|-----------|------------------------|------------|
|                 | I rok                 | II rok    | I rok                  | II rok     |
| Koszty [zł]     | 6 586 272             | 7 244 899 | 18 627 840             | 20 490 624 |

\* - w kosztach uwzględniono 66 superwizorów posiadających obecnie certyfikaty KCPU w okresie 12 miesięcy

#### 4.2.2.3. Ograniczenia

- Głównie ograniczenie wynika z niedokładności w oszacowaniu liczby udzielnych świadczeń rocznie. W przypadku wystarczającej liczby superwizorów w kolejnych latach liczba realizowanych superwizji będzie najprawdopodobniej wynikała z zapotrzebowania na przedmiotowe świadczenie co jest bezpośrednio związane z liczbą psychoterapeutów uzależnień.
- Należy przeprowadzić formalny proces taryfikacji świadczenia celem określenia rzeczywistych kosztów superwizji. Obecnie koszty charakteryzuje duża rozbieżność w zależności od źródła danych.
- W analizie nie uwzględniono możliwości prowadzenia superwizji przez aplikantów wskazanych w KPZ z uwagi na brak dostępu do danych o liczebności osób potencjalnie uprawnionych do prowadzenia superwizji.
- Sesja superwizji może mieć zarówno charakter indywidualny jak i grupowy (do 15 osób w ramach zespołu terapeutycznego wg. KPZ) – ogranicza to możliwość oszacowania kosztów poprzez liczebność personelu potencjalnie objętego procesem superwizji.
- Z uwagi na charakter wnioskowanego świadczenia, które realizowane jest bez udziału świadczeniobiorcy odstąpiono od oszacowania wpływu na budżet płatnika bazującego na liczebności docelowej populacji pacjentów.

## **5. Analiza ekonomiczna**

Z uwagi na organizacyjny charakter wnioskowanego świadczenia, szeroki zakres wnioskowanej populacji oraz nieznane efekty zdrowotne superwizji odstąpiono od przeprowadzenia formalnej analizy ekonomicznej, a także od przeglądu analiz ekonomicznych.

## 6. Bibliografia

| Rekomendacje, wytyczne kliniczne, standardy organizacyjne |   |
|---|---|
| <b>APA 2014</b>   | APA Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology. American Psychological Association. 2014. Źródło: <a href="https://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf">https://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf</a> dostęp: 29.04.2024 r.   |
| <b>BSAS 2016</b>  | Massachusetts Department of Public Health. Bureau of Substance Abuse Services. Standards of care. 2016. Źródło: <a href="https://www.mass.gov/doc/dph-bureau-of-substance-abuse-services-standards-of-care/download">https://www.mass.gov/doc/dph-bureau-of-substance-abuse-services-standards-of-care/download</a> dostęp: 29.04.2024 r.               |
| <b>EMCDDA 2018</b>  | Europejskie standardy sprawdzonych rozwiązań w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. 2018.   |
| <b>KCPU 2023</b>  | Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w 2023 roku. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.  |
| <b>NSW 2018</b>   | Drug and Alcohol Clinical Supervision Guidelines. NSW Health. 2018. Źródło: <a href="https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2006_009.pdf">https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2006_009.pdf</a> dostęp: 29.04.2024 r.   |
| <b>SAMHSA 2014</b>  | Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. U.S. Department of Health and Human Services<br>Źródło: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64845/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64845/</a> dostęp: 29.04.2024 r.                                  |
| <b>UNODC 2021</b>   | Quality assurance in treatment for drug use disorders: key quality standards for service appraisal. 2021. United Nations Office on Drug and Crime. Źródło: <a href="https://www.unodc.org/documents/QA_OCTOBER_2021.pdf">https://www.unodc.org/documents/QA_OCTOBER_2021.pdf</a> dostęp: 29.04.2024 r.  |
| <b>WHO 2020</b>   | International standards for the treatment of drug use disorders. World Health Organization. Źródło: <a href="https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders">https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders</a> dostęp: 29.04.2024 r. |
| Analiza kliniczna   |   |
| <b>Laschober 2012</b>                                     | Laschober T, de Tormes E, Sauer J. Clinical supervisor and counselor perceptions of clinical supervision in addiction treatment. J Addict Dis. 2012;31(4):382-8. Źródło: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530843/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530843/</a> dostęp: 06.05.2024 r.                                |
| Pozostałe publikacje                                      |   |
| <b>ASAM 2024</b>  | American Society of Addiction Medicine Standards of Care for the Addiction Specialist Physician. 2024.  |
| <b>Fluyau 2024</b>  | Fluyau D, Hashmi M, Charlton T. Drug Addiction. National Library of Medicine. 2024. Źródło: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549783/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549783/</a> dostęp: 29.04.2024 r.   |
| <b>KCPU 2023a</b>   | Szmidt J, Bajerowska B, Borkowska M i inni. Raport 2023 Uzależnienia w Polsce. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Źródło: <a href="https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf">https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf</a> dostęp: 29.04.2024 r.          |
| <b>NIH 2018</b>   | Understanding Drug Use and Addiction Drug Facts. National Institutes of Health. Źródło: <a href="https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction">https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction</a> dostęp: 29.04.2024 r.   |
| <b>Yue 2022</b>   | Yue H, Pena E. Addiction Psychotherapeutic Care. National Library of Medicine. 2022. Źródło: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587365/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587365/</a> dostęp: 29.04.2024 r.  |

## 7. Załączniki

### 7.1. Strategia wyszukiwania publikacji

Tabela 11. Strategia wyszukiwania dowodów naukowych dotyczących skuteczności sesji superwizji psychoterapii uzależnień w bazie Medline (data wyszukiwania: 02.05.2024 r.)

| Nr wyszukiwania | Kwerenda  | Liczba rekordów |
|-----------------|---|-----------------|
| 14              | ((supervisi*[Title/Abstract]) AND (("Substance-Related Disorders"[Mesh] OR (((((((addiction[Title/Abstract]) OR (addictions[Title/Abstract]) OR (Dependence[Title/Abstract]) OR (Dependences[Title/Abstract]) OR (Use[Title/Abstract]) OR (Uses[Title/Abstract]) OR (Habituation[Title/Abstract]) OR (Habituations[Title/Abstract]) OR (Abuse[Title/Abstract]))))))) AND (((("Psychotherapy"[Mesh]) AND ((Psychotherap*[Title/Abstract]) OR (counseling[Title/Abstract])))) AND (Therap*[Title/Abstract]))  | 122             |
| 13              | ("Substance-Related Disorders"[Mesh] OR (((((((addiction[Title/Abstract]) OR (addictions[Title/Abstract]) OR (Dependence[Title/Abstract]) OR (Dependences[Title/Abstract]) OR (Use[Title/Abstract]) OR (Uses[Title/Abstract]) OR (Habituation[Title/Abstract]) OR (Habituations[Title/Abstract]) OR (Abuse[Title/Abstract])))))))   | 4,283,881       |
| 12              | ((supervisi*[Title/Abstract]) AND (("Substance-Related Disorders"[Mesh] OR (((((((addiction[Title/Abstract]) OR (addictions[Title/Abstract]) OR (Dependence[Title/Abstract]) OR (Dependences[Title/Abstract]) OR (Use[Title/Abstract]) OR (Uses[Title/Abstract]) OR (Habituation[Title/Abstract]) OR (Habituations[Title/Abstract]) OR (Abuse[Title/Abstract]))))))) AND (((((((((Substance[Title/Abstract]) OR (Substances[Title/Abstract]) OR (Drug[Title/Abstract]) OR (Drugs[Title/Abstract]) OR (Alcohol[Title/Abstract]) OR (Alcohol*[Title/Abstract]) OR (Amphetamine[Title/Abstract]) OR (Cocaine[Title/Abstract]) OR (Inhalant[Title/Abstract]) OR (Marijuana[Title/Abstract]) OR (Narcotic[Title/Abstract]) OR (Opioid[Title/Abstract]))))))) AND (((("Psychotherapy"[Mesh]) AND ((Psychotherap*[Title/Abstract]) OR (counseling[Title/Abstract])))) AND (Therap*[Title/Abstract])) | 19              |
| 11              | ((("Psychotherapy"[Mesh]) AND ((Psychotherap*[Title/Abstract]) OR (counseling[Title/Abstract])))) AND (Therap*[Title/Abstract])   | 19,388          |
| 10              | Therap*[Title/Abstract]   | 3,775,335       |
| 9               | (Psychotherap*[Title/Abstract]) OR (counseling[Title/Abstract])   | 144,808         |
| 8               | "Psychotherapy"[Mesh]   | 223,271         |
| 7               | (supervisi*[Title/Abstract]) AND (("Substance-Related Disorders"[Mesh] OR (((((((addiction[Title/Abstract]) OR (addictions[Title/Abstract]) OR (Dependence[Title/Abstract]) OR (Dependences[Title/Abstract]) OR (Use[Title/Abstract]) OR (Uses[Title/Abstract]) OR (Habituation[Title/Abstract]) OR (Habituations[Title/Abstract]) OR (Abuse[Title/Abstract]))))))) AND (((((((((Substance[Title/Abstract]) OR (Substances[Title/Abstract]) OR (Drug[Title/Abstract]) OR (Drugs[Title/Abstract]) OR (Alcohol[Title/Abstract]) OR (Alcohol*[Title/Abstract]) OR (Amphetamine[Title/Abstract]) OR (Cocaine[Title/Abstract]) OR (Inhalant[Title/Abstract]) OR (Marijuana[Title/Abstract]) OR (Narcotic[Title/Abstract]) OR (Opioid[Title/Abstract])))))))  | 2,463           |
| 6               | supervisi*[Title/Abstract]  | 41,304          |
| 5               | ("Substance-Related Disorders"[Mesh] OR (((((((addiction[Title/Abstract]) OR (addictions[Title/Abstract]) OR (Dependence[Title/Abstract]) OR (Dependences[Title/Abstract]) OR (Use[Title/Abstract]) OR (Uses[Title/Abstract]) OR (Habituation[Title/Abstract]) OR (Habituations[Title/Abstract]) OR (Abuse[Title/Abstract]))))))) AND (((((((((Substance[Title/Abstract]) OR (Substances[Title/Abstract]) OR (Drug[Title/Abstract]) OR (Drugs[Title/Abstract]) OR (Alcohol[Title/Abstract]) OR (Alcohol*[Title/Abstract]) OR (Amphetamine[Title/Abstract]) OR (Cocaine[Title/Abstract]) OR (Inhalant[Title/Abstract]) OR (Marijuana[Title/Abstract]) OR (Narcotic[Title/Abstract]) OR (Opioid[Title/Abstract])))))))  | 906,308         |
| 4               | ((((((addiction[Title/Abstract]) OR (addictions[Title/Abstract]) OR (Dependence[Title/Abstract]) OR (Dependences[Title/Abstract]) OR (Use[Title/Abstract]) OR (Uses[Title/Abstract]) OR (Habituation[Title/Abstract]) OR (Habituations[Title/Abstract]) OR (Abuse[Title/Abstract]))))))) AND (((((((((Substance[Title/Abstract]) OR (Substances[Title/Abstract]) OR (Drug[Title/Abstract]) OR (Drugs[Title/Abstract]) OR (Alcohol[Title/Abstract]) OR (Alcohol*[Title/Abstract]) OR (Amphetamine[Title/Abstract]) OR (Cocaine[Title/Abstract]) OR (Inhalant[Title/Abstract]) OR (Marijuana[Title/Abstract]) OR (Narcotic[Title/Abstract]) OR (Opioid[Title/Abstract])))))))   | 734,965         |

| Nr wyszukiwania | Kwerenda   | Liczba rekordów |
|-----------------|--|-----------------|
| 3               | (((((Substance[Title/Abstract]) OR (Substances[Title/Abstract]) OR (Drug[Title/Abstract]) OR (Drugs[Title/Abstract]) OR (Alcohol[Title/Abstract]) OR (Alcohol*[Title/Abstract]) OR (Amphetamine[Title/Abstract]) OR (Cocaine[Title/Abstract]) OR (Inhalant[Title/Abstract]) OR (Marijuana[Title/Abstract]) OR (Narcotic[Title/Abstract]) OR (Opioid[Title/Abstract]))))))) | 2,844,273       |
| 2               | (((((addiction[Title/Abstract]) OR (addictions[Title/Abstract]) OR (Dependence[Title/Abstract]) OR (Dependences[Title/Abstract]) OR (Use[Title/Abstract]) OR (Uses[Title/Abstract]) OR (Habituation[Title/Abstract]) OR (Habituations[Title/Abstract]) OR (Abuse[Title/Abstract])))))))  | 4,134,961       |
| 1               | "Substance-Related Disorders"[Mesh]  | 318,135         |

**Tabela 12. Strategia dowodów naukowych dotyczących skuteczności sesji superwizji psychoterapii uzależnień w bazie Embase (data wyszukiwania: 02.05.2024 r.)**

| Nr wyszukiwania | Kwerenda   | Liczba rekordów |
|-----------------|--|-----------------|
| 1               | supervision.ab,kw,ti.                            | 46746           |
| 2               | exp drug dependence/                             | 228950          |
| 3               | Substance-Related Disorders.ab,kw,ti.            | 2256            |
| 4               | addiction.ab,kw,ti.                              | 79614           |
| 5               | addictions.ab,kw,ti.                             | 7660            |
| 6               | Dependence.ab,kw,ti.                             | 225968          |
| 7               | Dependences.ab,kw,ti.                            | 4162            |
| 8               | Uses.ab,kw,ti.                                   | 244419          |
| 9               | Habituation.ab,kw,ti.                            | 10143           |
| 10              | Habituations.ab,kw,ti.                           | 36              |
| 11              | Abuse.ab,kw,ti.                                  | 161258          |
| 12              | 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 | 818584          |
| 13              | exp psychotherapy/                               | 246565          |
| 14              | "psychotherap*".ab,kw,ti.                        | 56254           |
| 15              | 13 or 14   | 258415          |
| 16              | 1 and 12 and 15                                  | 260             |

**Tabela 13. Strategia wyszukiwania dowodów naukowych dotyczących skuteczności sesji superwizji psychoterapii uzależnień w bazie Cochrane (data wyszukiwania: 02.05.2024 r.)**

| Nr wyszukiwania | Kwerenda   | Liczba rekordów |
|-----------------|--|-----------------|
| #1              | (supervision):ti,ab,kw (Word variations have been searched)      | 20425           |
| #2              | MeSH descriptor: [Substance-Related Disorders] explode all trees | 21126           |
| #3              | (addiction):ti,ab,kw (Word variations have been searched)        | 12193           |
| #4              | (addictions):ti,ab,kw (Word variations have been searched)       | 12188           |
| #5              | (Dependence):ti,ab,kw (Word variations have been searched)       | 122185          |
| #6              | (Dependences):ti,ab,kw (Word variations have been searched)      | 122172          |
| #7              | (Use):ti,ab,kw (Word variations have been searched)              | 1093999         |
| #8              | (Uses):ti,ab,kw (Word variations have been searched)             | 1093744         |
| #9              | (Habituation):ti,ab,kw (Word variations have been searched)      | 6682            |
| #10             | (Habituations):ti,ab,kw (Word variations have been searched)     | 6682            |
| #11             | (Abuse):ti,ab,kw (Word variations have been searched)            | 16304           |
| #12             | #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11       | 1147755         |
| #13             | #1 and #12   | 13473           |
| #14             | MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees               | 35411           |
| #15             | (psychotherap*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)    | 17685           |



---

| Nr<br>wyszukiwania | Kwerenda    | Liczba<br>rekordów |
|--------------------|-------------|--------------------|
| #16                | #14 or #15  | 43375              |
| #17                | #13 and #16 | 585                |