



Agencja Oceny Technologii Medycznych

**Zmiana sposobu finansowania świadczenia
Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami
psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w
warunkach stacjonarnych psychiatrycznych**

AOTM-DS-430-1(35)/[REDACTED]/2011

W przygotowaniu dokumentu wzięły udział:

[Redacted]

Osoby uczestniczące w pracach nad analizą nie zadeklarowały żadnych konfliktów interesów.

W analizie przywołano opinie uzyskane od następujących ekspertów klinicznych:

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Zastosowane skróty:

Ustawa – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Rozporządzenie – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146 z późn. zm.)

AOTM – Agencja Oceny Technologii Medycznych

KK – Konsultant Krajowy

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

MZ – Ministerstwo Zdrowia

ZOZ – Zakład Opieki Zdrowotnej

EW – Terapia elektrowstrząsowa

Spis treści

| | |
|---|----|
| 1. Podstawowe informacje o zleceniu | 4 |
| 2. Problem decyzyjny..... | 6 |
| 2.1. Informacje o korespondencji..... | 8 |
| 2.2. Opis świadczenia wnioskowanego..... | 9 |
| 2.2.1. Informacje zawarte w zleceniu Ministra Zdrowia..... | 9 |
| 2.2.2. Terapia elektrowstrząsowa na podstawie literatury..... | 9 |
| 2.2.3. Miejsce wykonywania zabiegów | 10 |
| 2.2.4. Mechanizm działania interwencji..... | 11 |
| 2.2.5. Wskazania..... | 11 |
| 2.2.6. Przeciwwskazania | 14 |
| 2.2.7. Działania niepożądane..... | 14 |
| 2.2.8. Częstotliwość terapii..... | 16 |
| 2.2.9. Ustalenie parametrów zabiegu | 16 |
| 3. Komparatory dla leczenia EW..... | 18 |
| 4. Populacja | 21 |
| 5. Analiza doniesień naukowych..... | 33 |
| 6. Analiza prawna zlecenia | 36 |
| 7. Wytyczne i standardy stosowania EW..... | 37 |
| 8. Analiza ekonomiczna | 39 |
| 9. Analiza w wpływu na budżet | 51 |
| 10. Opinie ekspertów | 56 |
| 11. Podsumowanie | 58 |
| Załączniki: | 59 |
| Spis tabel i rycin:..... | 61 |

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTM (DD-MM-RR) i znak pisma zlecającego

- 1) 25.11.2010 r.
- 2) 04.01.2011 r. – doprecyzowanie
- 3) 13.04.2011 r. – pismo zlecające przygotowanie rekomendacji bez konieczności przygotowania pełnego raportu

znak pisma: MZ-ZP-P-0212-17315-60/AJ/10

Termin wydania rekomendacji na zlecenie Ministra Zdrowia (DD-MM-RR)

15-07-2011

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego)

Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych z warunkach stacjonarnych psychiatrycznych.

Zlecenie nie wymaga pełnego raportu „[...] Należy zatem stwierdzić, iż umieszczenie nowego świadczenia w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146), będzie w rzeczywistości wyodrębnieniem już istniejącej, ugruntowanej procedury medycznej. [...] zwracam się do Pana Prezesa z uprzejmą prośbą o przygotowanie opinii w zakresie zmiany sposobu finansowania świadczenia, bez konieczności przygotowania pełnego raportu w terminie do 15 lipca 2011 r.”¹

Typ zlecenia:

- o usunięcie danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych – na podstawie art. 31e ust. 1 Ustawy
- o zmianę poziomu lub sposobu finansowania, świadczenia gwarantowanego – na podstawie art. 31e ust. 3 pkt 3b Ustawy

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu (art. 15 ust. 2)

- 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
- zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi
- oraz środki pomocnicze
- ratownictwa medycznego

¹ Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 12.04.2011 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych, jako świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

-
- opieki paliatywnej i hospicyjnej*
 - świadczeń wysokospecjalistycznych*
 - programów zdrowotnych*
 - w tym: terapeutycznych programów zdrowotnych NFZ*
 - zlecenie Ministra Zdrowia złożone z urzędu*
 - zlecenie Ministra Zdrowia na wniosek konsultanta krajowego z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej*
 - zlecenie Ministra Zdrowia na wniosek stowarzyszenia będącego zgodnie z postanowieniami statutu towarzystwem naukowym o zasięgu krajowym – za pośrednictwem konsultanta krajowego z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej*
 - zlecenie Ministra Zdrowia na wniosek Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia*
 - zlecenie Ministra Zdrowia na wniosek stowarzyszenia lub fundacji, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta – za pośrednictwem konsultanta krajowego z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej*
-

2. Problem decyzyjny

ZMIANA SPOSOBU FINANSOWANIA ŚWIADCZENIA „LECZENIE ELEKTROWSTRZĄSAMAMI CHORYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (EW) ZE WSKAZAŃ ŻYCIOWYCH W WARUNKACH STACJONARNYCH PSYCHIATRYCZNYCH”

Opis świadczenia ze zlecenia Ministra Zdrowia²

Zakwalifikowanie leczenia elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych przy wskazanych warunkach realizacji świadczeń i kodach Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), jako świadczenia gwarantowanego oraz wpisanie świadczenia do załącznika nr 1, określającego wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146 z późn. zm.).

Zabieg EW przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii oraz pielęgniarka. Zabiegi EW poprzedzane są procedurą kwalifikującą, obejmującą badanie psychiatryczne, oraz konsultację lekarza internisty. Zalecane jest przeprowadzenie zabiegu w odpowiednio przygotowanym pomieszczeniu (kozetka lekarska, zestaw anestezjologiczny, pokój do obserwacji po zabiegu itp.). Po zabiegu chory musi być pod obserwacją medyczną. Zwykle stosuje się ok. 10-12 zabiegów EW, wykonywanych 2-3 razy w tygodniu. Terapia EW (cykl zabiegów) powinna być finansowana jako osobne świadczenie w oddziale psychiatrycznym, wymaga bowiem nie tylko odpowiedniego personelu (anestezjolog), ale dodatkowych leków (związujące, uspokajające) i wyposażenia.

Tabela 1. Dokładny opis świadczenia

| Nazwa świadczenia | Warunki wykonywania świadczenia | Kody Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych odpowiadających świadczeniom gwarantowanym (ICD10) |
|---|---|--|
| Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych | <p>1. Personel:</p> <p>1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych;</p> <p>2) lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii;</p> <p>3) pielęgniarki, w tym jedna z udokumentowanym dwuletnim doświadczeniem w pracy na oddziale psychiatrycznym.</p> <p>2. Pozostałe warunki:</p> <p>1) zapewnienie pomieszczenia do wykonywania zabiegu;</p> | <p>F 06.2 Organiczne zaburzenia urojeniowe (podobne do schizofrenii)</p> <p>F 06.3 Organiczne zaburzenia nastroju</p> <p>F 20 Schizofrenia</p> <p>F 22 Uporczywe zaburzenia urojeniowe</p> <p>F 23 Ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne</p> <p>F 24 Indukowane zaburzenie urojeniowe</p> <p>F 25 Zaburzenie schizoafektywne</p> <p>F 28 Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne</p> |

² Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2010 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych, jako świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

| | | |
|--|--|---|
| | <p>2) sprzęt i materiały medyczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aparat do EW, - kardiomonitor, - ssak elektryczny, - elektrody jednorazowe, - cewnik do górnych dróg oddechowych, - rurka ustno-gardłowa; <p>3) leki niezbędne do zabiegu;</p> <p>4) dostęp do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - podstawowej diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i elektrofizjologicznej; - konsultacji specjalistycznych (kardiologicznych, neurologicznych, internistycznych). | <p>F 29 Nieokreślona psychoza nieorganiczna</p> <p>F 30 Epizod maniakalny</p> <p>F 31 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe</p> <p>F 32 Epizod depresyjny</p> <p>F 33 Zaburzenia depresyjne nawracające</p> <p>F 38 Inne zaburzenia nastroju</p> <p>F 39 Zaburzenia nastroju nieokreślone</p> |
|--|--|---|

Źródło: opracowanie własne na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2010 r.

Uzasadnienie Ministra Zdrowia wskazujące wpływ świadczenia na poprawę zdrowia obywateli:

„Zapewnienie właściwego postępowania terapeutycznego, zgodnego z zasadami sztuki, ratującego życie chorego, zmniejszającego ogólne koszty leczenia oraz ryzyko przewlekłości choroby. Ponieważ w chwili obecnej, leczenie EW nie jest traktowane jako osobno finansowane świadczenia zdrowotne, wielu chorych, którzy takie leczenie powinni otrzymać, nie jest leczonych ze względu na ograniczenie finansowe placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Stosowanie alternatywnych metod leczenia wiąże się z dużym ryzykiem pogorszenia stanu chorych – łącznie z ryzykiem zgonu, oraz przewlekłością choroby, w tym długotrwałej i kosztownej hospitalizacji. Świadczeniodawca będzie więc mógł zastosować leczenie z wyboru dla wybranej grupy chorych, a co za tym idzie, będzie mógł skuteczniej świadczyć usługi zdrowotne dla wymagających tego chorych. Ponieważ naczelną zasadą opieki zdrowotnej jest ochrona życia i zdrowia chorego, zastosowanie tego świadczenia będzie spełnieniem tej naczelnej zasady.

Podczas wprowadzenie leczenia EW jako osobnej procedury terapeutycznej, świadczeniodawca wychodzi naprzeciw wymaganiom nowoczesnej wiedzy medycznej, która wskazuje jednoznacznie na metody z wyboru (zalecane standardy) leczenia określonej grupy chorych. Tym samym świadczeniodawca zapewnia niezbędne minimum świadczeń zdrowotnych, dostępnych dla chorych i pozostających w zgodzie z zalecanymi procedurami terapeutycznymi. Neutralizuje w ten sposób zarzut nie wypełniania wszystkich wymagań związanych z zapewnieniem zalecanych form terapeutycznych dla tej grupy chorych. Niezastosowanie leczenia EW w określonych przypadkach skutkuje znacznym pogorszeniem stanu zdrowia lub śmiercią osoby chorej.”³

Sposób lub poziom finansowania świadczenia: „Obecnie leczenie EW rozliczane jest w ramach stawki za osobodzień pobytu chorego w oddziale psychiatrycznym. Zaproponowane wyodrębnienie leczenia EW, jako osobnego świadczenia, umożliwi jego odrębne kontraktowanie i rozliczanie.

Nowe świadczenie będzie finansowane na dotychczasowych zasadach, tj. ze środków publicznych będących w dyspozycji NFZ.⁴

³ Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2010 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych, jako świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

⁴ tamże

2.1. Informacje o korespondencji

Historia dokumentacji:

- Wystąpiono o opinię do [REDACTED] – data wysłania 02.12.2010 r. oraz 25.03.2011 r.
- Wystąpiono z pismem do Prezesa NFZ – data wysłania 02.12.2010 r.
- Wystąpiono o opinię do [REDACTED] – data wysłania 25.03.2011 r.
- Wystąpiono o opinię do [REDACTED] – data wysłania 25.03.2011 r.
- Wystąpiono o opinię do [REDACTED] – data wysłania 25.03.2011 r.
- Wystąpiono o opinię do [REDACTED] – data wysłania 25.03.2011 r.
- Wystąpiono o opinię do [REDACTED] – data wysłania 25.03.2011 r.
- Wystąpiono z pismem do [REDACTED] – data wysłania 31.03.2011 r.
- Wystąpiono z pismem do [REDACTED] – data wysłania 09.06.2011 r.

Dokumenty, które uzyskano w trakcie trwania prac analitycznych nad zleceniem:

- Uzyskano opinię od [REDACTED] – data otrzymania 02.12.2010 r.
- Uzyskano opinię od [REDACTED] – data otrzymania 13.04.2011 r. + DKI
- Uzyskano opinię od [REDACTED] – data otrzymania 05.05.2011 r. + DKI
- Uzyskano opinię od [REDACTED] – data otrzymania 06.05.2011 r. + DKI
- Uzyskano opinię od [REDACTED] – data otrzymania 09.05.2011 r. + DKI
- Uzyskano odpowiedź NFZ na pismo AOTM z dnia 02.12.2010 r. oraz pismo z dnia 28.01.2011 r. – znak pisma: [REDACTED] – data pisma – 02.03.2011 r. oraz na pismo AOTM z dnia 31.03.2011 r. – znak pisma – [REDACTED] – data pisma – 14.04.2011 r.
- Droga elektroniczna z Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia uzyskano dane z zakładów opieki zdrowotnej [REDACTED]
- Nie uzyskano opinii od [REDACTED]

2.2. Opis świadczenia wnioskowanego

2.2.1. Informacje zawarte w zleceniu Ministra Zdrowia⁵

Leczenie zaburzeń psychotycznych, a szczególnie schizofrenii, polega przede wszystkim na farmakoterapii, tj. stosowaniu leków przeciwpsychotycznych. Leczenie takie uważane jest za najbardziej skuteczną formę terapii, obarczone jest jednak ryzykiem wystąpienia objawów złej tolerancji leków, czyli wystąpieniem objawów niepożądanych: pozapiramidowych, metabolicznych i innych. Czasami zdarza się, że nasilenie tych objawów niepożądanych uniemożliwia prowadzenie leczenia farmakologicznego, a co za tym idzie, uniemożliwia uzyskanie poprawy stanu psychicznego chorego. Z drugiej strony, leczenie farmakologiczne nie zawsze jest skuteczne. Zdarza się, że mimo prawidłowo prowadzonej farmakoterapii, nie uzyskuje się poprawy stanu chorego, albo poprawa taka nie jest pełna i satysfakcjonująca. Przyczyną braku poprawy po leczeniu farmakologicznym, może być także niewłaściwa współpraca chorego w leczeniu. W takim przypadku jednakże, zalecana jest zmiana formy podawania leku (najczęściej z tradycyjnych tabletek doustnych, na podawanie tabletek szybko rozpuszczających się, podawanie leku w formie iniekcji leku o przedłużonym działaniu). Jeżeli mimo to, poprawy stanu chorego nie można uzyskać, należy liczyć się ze stwierdzeniem oporności na farmakoterapię. U chorych z mniejszym nasileniem objawów psychozy, stosuje się wówczas alternatywne do monoterapii, metody leczenia, a więc politerapię: łączenie dwóch leków przeciwpsychotycznych, łączenie leku przeciwpsychotycznego z lekiem normotymicznym, lekiem przeciwdepresyjnym, czy też potencjalizację działania neuroleptyku poprzez bezpośredni wpływ na neurotransmisję (np. dodawanie glicyny). Trzeba jednakże przyznać, że metody te nie są uznawane za skuteczne u wszystkich chorych. Ogólnie, ok. 1/3 leczonych farmakologicznie chorych na schizofrenię wykazuje niesatysfakcjonującą poprawę po leczeniu, w związku z tym spełnia kryteria lekooporności. Z kolei, spośród tych chorych ok. 1/2 reaguje na wspomniane wyżej metody, a pozostała połowa chorych cechuje się różnym stopniem przewlekłości objawów. Dla części z nich alternatywą terapeutyczną pozostaje leczenie elektrowstrząsami (EW).

Drugą grupą chorych, u których leczenie EW jest stosowane, a nawet uważane jest za metodę terapeutyczną z wyboru, są chorzy z rozpoznaniem ostrej katatonii albo ciężkiej depresji. Jeśli nie podejmie się właściwego leczenia w przypadku ostrej katatonii, objawy nasilają się, zaburzają podstawowe funkcje życiowe organizmu chorego i prowadzą do powikłań somatycznych, a w następstwie do odwodnienia, ciężkich zaburzeń metabolicznych (np. kwasicy), niewydolności krążenia, oddychania, wątroby czy nerek i w efekcie do śmierci chorego. Dla takich chorych EW jest metodą z wyboru, ratującą życie.

Wskazaniem z wyboru dla leczenia EW jest także ciężka depresja, gdzie leczenie farmakologiczne (przeciwdepresyjne) nie jest skuteczne, ze względu na fakt, że efekt przeciwdepresyjny pojawia się dopiero po kilku tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Wobec tego uważa się, że metodą z wyboru w leczeniu takich chorych (jednocześnie metodą ratującą ich życie) jest EW. Nie podjęcie takiego leczenia może prowadzić do następstw somatycznych wymienionych przy opisie następstw katatonii.

2.2.2. Terapia elektrowstrząsowa na podstawie literatury

Leczenie elektrowstrząsami (EW) to leczenie, które generuje znaczne kontrowersje od czasu wprowadzenia leczenia w 1938 r. Do końca lat 50. XX w. EW były jedyną metodą aktywnego leczenia depresji. Metoda ta jest wciąż przydatnym sposobem leczenia depresji, jednak dzięki wprowadzeniu leków zakres wskazań do stosowania elektrowstrząsów uległ radykalnemu ograniczeniu.⁶ EW jest leczeniem z udziałem przejścia prądu elektrycznego przez mózg. Terapia udzielana jest wyłącznie znieczulonym pacjentom, którym zostały również podane leki zwiotczające mięśnie. Prąd elektryczny wywołuje drgawki w mózgu, które niezbędne są dla efektu terapeutycznego leczenia.

⁵ Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2010 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych*, jako świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

⁶ S. Pużyński, *Depresje i zaburzenia afektywne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wydanie V rozszerzone i uaktualnione, Warszawa 2009

2.2.3. Miejsce wykonywania zabiegów⁷

Pomieszczenie, w którym wykonuje się zabiegi, musi być odpowiednio przystosowane. W czasie wykonywania EW nie może ono służyć innym celom. Zakres czynności obejmuje przygotowanie do zabiegu, wykonanie oraz wybudzenie pacjenta po zabiegu. Ostatnia czynność może być wykonana początkowo w pokoju zabiegowym, następnie na oddzielnej sali wybudzeń.

Pomieszczenie musi mieć dostęp do tlenu dystrybuowanego centralnie lub zawierać butle z tlenem. Urządzenia niezbędne na czas zabiegu to: aparat do elektrowstrząsów – z możliwością zapisu EKG, pulsoksymetr, aparat do EKG, ssak, aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego. Konieczny jest dostęp do defibrylatora.

Łóżko, na którym wykonuje się zabiegi, powinno być dobrze odizolowane od podłogi – może być drewniane. Przydatny jest wózek na gumowych kołach do przewożenia chorych, pozwala bowiem na przewiezenie pacjenta na salę.

Jeśli zabiegi wykonuje się na sali operacyjnej, to pacjent, który ma być poddany EW, powinien leżeć na nieuziemionym płaskim wózku do przewożenia chorych, a nie na stole operacyjnym, który jest uziemiony.

Pacjenci przed zabiegami powinni mieć czyste włosy, bez resztek żelu z poprzedniego zabiegu – może to doprowadzić do oparzenia skóry głowy pacjenta i spalenia jego włosów lub do oparzenia w miejscu przyłożenia elektrod. Do poprawy przewodności używa się odpowiednich żeli, a producenci aparatów zalecają stosowanie dodatkowych past na skórę, aby zwiększyć jej właściwości przewodzące.

W celu odtłuszczenia skóry głowy okolice, na których mają być rozlokowane elektrody, powinny być przemyte spirytusem lub benzyną ekstrakcyjną.

Do obowiązków personelu pielęgniarskiego należy dopilnowanie, aby pacjent pozostał na czczo przez 6-8 godzin przed zabiegiem. Powinien przyjąć zalecane leki i popić małą ilością wody. Należy asystować mu przy usunięciu protez zębowych, szkielek kontaktowych, biżuterii oraz sprawdzić, czy nie należy usunąć sztucznych paznokci, które zaburzają pracę pulsoksymetru.

Kolejną rutynową czynnością jest założenie i utrzymanie drożności dojścia dożylnego na kończynie górnej lub dolnej, do której w czasie zabiegu będzie miała łatwy dostęp pielęgniarka anestezjologiczna (bądź przygotowana i przeszkolona pielęgniarka z oddziału psychiatrycznego).

Przed pierwszym zabiegiem psychiatra powinien ustalić, jaki rodzaj EW chce wykonywać – jednostronne czy dwustronne, a potem ocenić, jakiego typu elektrody należy zastosować, oraz wyznaczyć miejsca ich przyłożenia do powierzchni głowy.

Do przeprowadzania zabiegów EW stosuje się najczęściej parę stalowych elektrod stymulujących, które rozmieszcza się na powierzchni głowy zgodnie z określonymi schematami.

Następnie ustala się dawkę (metoda miareczkowania, metoda wstępnie ustalonych dawek) oraz określa się ułożenie elektrod stymulujących.

Po rozmieszczeniu elektrod stymulujących oraz elektrod rejestrujących EEG końcówki odpowiednio opisanych przewodów podłącza się do elektrod stymulacyjnych oraz EEG. Procedura samo testowania trwa kilkadziesiąt sekund. Po jej zakończeniu na wyświetlaczu można odczytać parametry dotyczące stanu połączeń i zbieranych przez aparat danych.

Należy ocenić opór statyczny, zapis EEG oraz zapis EKG. Opór statyczny zmienia się podczas każdego zabiegu, na co mają wpływ: stan fizyczny pacjenta, potliwość, dokonane zabiegi, zastosowane leki.

Następnie należy ocenić krzywe zapisu z pozostałych odprowadzeń EEG 1, 2, 3, 4 oraz EKG i skorygować źródła artefaktów z elektrod, kabla lub połączeń.

⁷ R.T. Hese, T. Zyss, Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klinicznej, Wydanie pierwsze, Wrocław 2007

Następnie należy ustalić parametry zabiegu. Regulacji podlegają szerokość impulsu, jego amplituda, częstotliwość oraz czas trwania stymulacji. Na podstawie zleconych parametrów aparat oblicza hipotetyczną energię i ładunek, jakie otrzyma pacjent, przyjmując jako opór dynamiczny 220 Ω.

Podczas stymulacji aparat aplikuje ustalony wcześniej ładunek, dostosowując się do istniejącego oporu dynamicznego. Robi to, regulując napięcie prądu, ale tylko w granicach 50-400 V. Gdyby podane wartości napięcia musiały być przekroczone w celu dostarczenia odpowiedniego ładunku, to zabieg automatycznie zostanie przerwany. Zabezpieczenie to jest bardzo ważne w przypadku dłuższego czasu stymulacji (4-6 s), podczas której może dojść do obłuzowania elektrod.

Po wykonaniu znieczulenia ogólnego dotchawiczego, tuż przed podaniem krótko działającego środka zwiotczającego, należy zacisnąć opaskę uciskową. Umożliwia to późniejsze monitorowanie motorycznej części napadu na nieperfundowanej ręce. Nie należy zakładać opaski zbyt proksymalnie, szczególnie u osób starszych i ze zmianami osteoporotycznymi, ponieważ istnieje niebezpieczeństwo złamania kości długiej przez napięcie mięśni w fazie tonicznej napadu. Nie należy też zakładać opaski osobom ze zmianami w drobnych naczyniach.

Przed włączeniem bodźca stymulującego należy zabezpieczyć jamę ustną pacjenta poprzez włożenie między zęby rurki gumowej lub wata z gazy.

W czasie stymulacji oraz samego napadu personel i obserwatorzy nie powinni przemieszczać się w gabinecie, a już szczególnie w pobliżu pacjenta.

Gdy prąd przestaje płynąć, aparat zaczyna rejestrować sygnały EKG, EEG i czujnika ruchu. Przejawy napadu powinny być uważnie obserwowane w zapisie EEG. Po zakończeniu czynności napadowej i pojawieniu się fazy supresji należy zapis obserwować jeszcze przynajmniej przez 20s, zanim zakończy się rejestrację czynności EEG.

2.2.4. Mechanizm działania interwencji⁸

Wiedza na temat mechanizmów terapeutycznego działania EW jest nadal niepełna. Metoda ta, wprowadzona pod koniec lat 30. ubiegłego wieku, doczekała się wielu hipotez wyjaśniających jej działanie. Aktualne pozostają hipotezy dotyczące normalizacji neuroprzebieżności w OUN¹ oraz hipoteza neurotroficzna. Badania neurobiologicznych efektów EW i jej modelu stosowanego w badaniach na zwierzętach (ECT – *electroconvulsive shock*) pozostają w ścisłym związku z zaburzeniami obserwowanymi w chorobach depresyjnych. Obejmują one przebieżność adrenergiczną, serotonergiczną, dopaminergiczną, cholinergiczną, glutaminergiczną i GABA-ergiczną w OUN oraz zaburzenia neuroendokrynne i w obrębie układu odpornościowego. Wykazano też zmiany w transdukcji sygnału wewnątrzkomórkowego i ekspresji genów. Na poziomie anatomicznym stwierdzono ubytki w niektórych obszarach mózgu. EW wpływa na wszystkie te układy i modyfikuje je niekiedy odmiennie niż leki przeciwdepresyjne. Złożoność procesów związanych z patomechanizmami depresji sprawia, że często efekty EW są niejednorodne, jednak postęp badań w tej dziedzinie umożliwia nakreślenie ogólnych mechanizmów działania tej metody.

2.2.5. Wskazania

Wskazania z literatury⁹

W Raplocie Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA¹¹) określone zostały główne obszary diagnostyczne, co do których istnieje pełna zgoda autorów raportu na stosowanie EW jako metody pierwszego lub drugiego rzutu, jeśli zostały spełnione warunki ich aplikacji.

A. Zalecenia do stosowania EW jako metody pierwszego rzutu:

⁸ R.T. Hese, T. Zyss, Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klinicznej, Wydanie pierwsze, Wrocław 2007

¹ ośrodkowy układ nerwowy

⁹ R.T. Hese, T. Zyss, Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klinicznej, Wydanie pierwsze, Wrocław 2007

¹¹ APA – z ang. *American Psychiatric Association*

-
- Potrzeba szybkiej odpowiedzi terapeutycznej ze względu na nasilenie zaburzeń psychicznych lub ciężki stan somatyczny;
 - Ryzyko stosowania innych rodzajów terapii (np. farmakoterapii) jest większe niż EW;
 - Brak poprawy po farmakoterapii lub dobra odpowiedź terapeutyczna na EW w czasie wcześniejszych epizodów choroby;
 - Preferencje pacjenta.

B. Kryteria stosowania EW jako metody drugiego rzutu:

- Lekooporność;
- Objawy niepożądane po farmakoterapii o nasileniu większym niż można się spodziewać po zastosowaniu EW;
- Pogorszenie stanu psychicznego lub somatycznego wymagające szybkiej, skutecznej terapii.

C. Główne kategorie diagnostyczne stosowania EW:

- Depresje w przebiegu zaburzeń afektywnych jednobiegunowych i dwubiegunowych lub epizody mieszane (depresyjno-maniakalne);
- Manie w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych;
- Schizofrenia, gdy obecny epizod cechuje ostry i nagły początek;
- Schizofrenia katatoniczna;
- Schizofrenia, gdy historia choroby wskazuje na dobre wyniki terapii EW w przeszłości.

Wskazania, w których jest możliwe stosowanie EW wg opinii ekspertów

[Redacted text block containing expert opinions]

¹⁰ Opinia [Redacted] z dnia 29.04.2011 r.

[Redacted text block]

[Redacted text block]

¹¹ Opinia [Redacted] z dnia 05.04.2011 r.



2.2.6. Przeciwwskazania¹⁴

Raport APA (2001) zwraca uwagę na stany i choroby somatyczne, w których zastosowanie terapii EW może być związane z dużym ryzykiem:

- Niestabilne lub ciężkie zaburzenia sercowo-naczyniowe, takie jak świeży zawał mięśnia sercowego, niestabilną niewydolność wieńcową, niewyrównaną niewydolność krążenia, ciężkie wady zastawkowe serca;
- Tętniaki lub inne wady naczyniowe grożące pęknięciem na skutek podniesionego ciśnienia tętniczego;
- Wzmoczone ciśnienie śródczaszkowe na skutek guza mózgu lub innej przyczyny prowadzącej do ciasnoty śródczaszkowej (np. udar krwotoczny);
- Świeży zawał mózgu;
- Choroby układu oddechowego, takie jak: ciężka, przewlekła obturacyjna choroba dróg oddechowych, astma lub zapalenie płuc;
- Stan pacjenta w klasyfikacji ASA¹ (*American Society of Anesthesiologists*) na poziomie 4 lub 5.

Należy podkreślić, że rozważenie terapii EW u chorych należących do grupy dużego ryzyka zachodzi jedynie w przypadku wyjątkowo ciężkiego stanu psychicznego lub somatycznego, gdy leczenie EW jest najbezpieczniejszą formą terapii w porównaniu z innymi, alternatywnymi metodami leczenia.

2.2.7. Działania niepożądane¹⁵

EW, tak jak każda inna metoda terapii, wiąże się z potencjalnym ryzykiem wystąpienia objawów niepożądanych lub powikłań, które mogą wynikać ze znieczulenia ogólnego, samych EW, interakcji między jednocześnie stosowanymi lekami a EW.

¹² Opinia [redacted] z dnia 27.04.2011 r.

¹³ Opinia [redacted] z dnia 28.04.2011 r.

¹⁴ R.T. Hese, T. Zyss, Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klinicznej, Wydanie pierwsze, Wrocław 2007

¹ ASA – z ang *American Society of Anesthesiologists*

¹⁵ tamże.

Objawy niepożądane można podzielić na somatyczne i poznawcze.

Somatyczne objawy niepożądane i powikłania związane z EW.

Objawy niepożądane, stosunkowo często obserwowane u pacjentów, dotyczą krótkotrwałego wzrostu lub spadku ciśnienia tętniczego krwi i zmiany częstości akcji serca lub przejściowej arytmii, bólów głowy i mięśni oraz nudności. Przy obecnych standardach EW, w znieczuleniu ogólnym i zwiotczeniu mięśniowym, rzadko opisywano wywichnięcie żuchwy lub złamanie kości długich albo kompresyjne złamanie kręgów kręgosłupa.

Poważne powikłania po EW obecnie obserwuje się bardzo rzadko. Najczęstsze z nich dotyczą układu krążenia – opisywano zawały mięśnia sercowego, ciężkie niemiarowości komorowe, zatrzymanie akcji serca, ostrą niewydolność krążenia. Tego typu powikłania stwierdzano zazwyczaj u pacjentów z istniejącą chorobą układu krążenia przed stosowaniem terapii EW.

Ciężkie powikłania neurologiczne występują bardzo rzadko. Opisywano wglębienie mózgu do otworu potylicznego na skutek wzrostu ciśnienia śródczaszkowego, udar mózgu krwotoczny lub niedokrwienny. Można sądzić, że w wymienionych przypadkach przeoczono wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, nadciśnienie tętnicze lub zaburzenia rytmu serca istniejące u pacjentów przed rozpoczęciem leczenia EW. Powikłań tych zapewne można by uniknąć po wdrożeniu odpowiedniego leczenia przed podjęciem decyzji o zastosowaniu EW. Do stosunkowo rzadkich i mniej ciężkich powikłań neurologicznych należą: przedłużony napad padaczkowy, późne napady padaczkowe lub bezdrgawkowy stan padaczkowy.

Do rzadkich powikłań należy przedłużony bezdech, który zdarza się u pacjentów ze zwolnionym metabolizmem sukcylinylocholiny. W takich przypadkach po 30-60 min dochodzi zazwyczaj do samoistnego powrotu akcji bezdechowej. W tym czasie ważne jest odpowiednie natlenienie pacjenta.

Śmiertelność związana z EW jest wypadkową powikłań związanych ze znieczuleniem ogólnym i samym elektrowstrząsem. Większość zgonów po EW dotyczyła powikłań układu krążenia. Śmiertelność po EW jest mała i porównywalna do tej, jaką spotyka się w małej chirurgii lub też wiąże z urodzeniem dziecka. Jest niższa u leczonych EW, w porównaniu z pacjentami poddanymi terapii trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi (TLPD). Śmiertelność uwarunkowaną stosowaniem EW szacuje się w granicach od 1 zgonu na 10 000 pacjentów do 1 zgonu na 80 000 leczonych.

W ciągu 40 lat stosowania EW nie zanotowano przypadku zgonu ani powikłania z zagrożeniem życia wśród 1141 leczonych pacjentów (8671 zabiegów), które można by wiązać przyczynowo z tą formą terapii. Porównanie objawów niepożądanych i powikłań u chorych leczonych EW lub TLPD z powodu depresji wykazało istotnie mniej objawów niepożądanych i powikłań po EW niż po TLPD.

Zaburzenia poznawcze

Najczęstsze zarzuty wobec metody leczenia elektrowstrząsami dotyczą związanych z nią zaburzeń poznawczych. Współczesna technika EW oraz postępy anestezjologii znacznie ograniczyły zarówno częstość tych zaburzeń, jak i ich ciężkość, w porównaniu z początkowym okresem stosowania EW (bez natlenienia, z dawkowaniami prądu i czasem ekspozycji na stymulację znacznie przekraczającymi obecnie zalecane, z sinusoidalnymi bodźcami stymulującymi i wyłącznie dwustronną lokalizacją elektrod oraz zbyt częstymi zabiegami).

U większości pacjentów poznawcze objawy niepożądane są łagodne, przejściowe i akceptowane przez pacjentów.

Stan łagodnego przymglenia lub senności po EW, niepamięć śródczaszkowa lub krótkotrwała niepamięć wsteczna należą do objawów ściśle związanych z napadem padaczkowym, który jest warunkiem niezbędnym i podstawowym w mechanizmie leczniczego działania EW. Na wymienione fenomeny ponapadowe nakłada się działanie leków stosowanych przez anestezjologów do znieczulenia ogólnego.

Zaburzenia poznawcze podzielić można na: majaczenie ponapadowe, majaczenie międzypadowe oraz zaburzenia pamięci (niepamięć następczą i niepamięć wsteczną):

- Majaczenie ponapadowe – najczęściej przebiega w postaci krótkotrwałego przymglenia, o okresie trwania zamykającym się w granicach 5-40 minut; rzadziej przybiera formę pełnego majaczenia.

- Majaczenie międzynaładowe – występuje rzadko i dotyczy przeważnie pacjentów w podeszłym wieku, ze zmianami korowymi i podkorowymi, szczególnie z uszkodzeniami niedokrwiennymi zwojów podstawy mózgu, oraz w chorobie Parkinsona.
- Niepamięć następcza – polega na osłabieniu czynności zapamiętywania nowych informacji po EW. Ten deficyt funkcji pamięci zazwyczaj ustępuje w okresie 1-3 tygodni po zakończeniu serii EW. W tym czasie pacjenci nie powinni prowadzić samodzielnie samochodu ani obsługiwać urządzeń w ruchu.
- Niepamięć wsteczna – polega na zapominaniu wydarzeń z czasu poprzedzającego terapię EW. Ten rodzaj niepamięci jest najpoważniejszym objawem niepożądanym dotyczącym czynności poznawczych po EW.

Po serii EW u wielu pacjentów powstają luki pamięciowe, które dotyczą najczęściej okresu 1-3 miesięcy przed rozpoczęciem terapii. Największe zaburzenia pamięci wstecznej obserwuje się w okresie bliskim terapii EW; im wydarzenia są dawniejsze, tym ubytek pamięci jest mniejszy.

Obszar niepamięci wstecznej szybko ustępuje po zakończonej serii EW, przy czym najpierw powracają wspomnienia z dawniejszych wydarzeń. Uważa się, iż opisane zaburzenia pamięci są odwracalne u większości pacjentów leczonych EW.

Niepamięć wsteczna obejmująca lata występuje rzadko i dotyczy bądź osób starszych, u których istniały deficyty poznawcze przed EW, bądź u pacjentów leczonych klasycznymi EW.

Najwięcej kontrowersji budzi trwałość deficytów niepamięci wstecznej. Niektórzy autorzy przyjmują, że część śladów pamięciowych może być utracona na zawsze.

Dotychczasowe obserwacje nie potwierdzają strukturalnych uszkodzeń mózgu po EW.

Zmiany w zapisie EEG po serii EW (spowolnienie rytmu podstawowego, pojawienie się regularnej lub uogólnionej czynności wolnej helta i delta oraz rzadziej zespołów iglice –fala) u większości pacjentów ustępują również w ciągu 2-4 tygodni.

2.2.8. Częstotliwość terapii

W Wielkiej Brytanii terapia EW aplikowana jest zazwyczaj dwa razy w tygodniu,¹⁶ w porównaniu do trzech razy w tygodniu w USA. W przeszłości terapia EW stosowana była codziennie. Taka praktyka jest nadal stosowana w niektórych częściach świata. Niektórzy specjaliści nadal stosują więcej niż jedną terapię EW dziennie, bądź codziennie EW przez kilka dni, kiedy szybka odpowiedź jest pożądana.

Powszechnie liczba zabiegów EW wynosi 6-12, choć zdecydowana mniejszość osób odpowiada na mniej niż 6 sesji.¹⁷

Wyniki ankiety przeprowadzonej w polskich szpitalach psychiatrycznych w 2005 roku wskazują, iż w Polsce średnia liczba zabiegów w serii podstawowej różni się pomiędzy ośrodkami i wynosi od 5 do 15 zabiegów.¹⁸

2.2.9. Ustalenie parametrów zabiegu¹⁹

Celem doboru parametrów bodźca stymulującego jest zrównoważenie efektu terapeutycznego z objawami niepożądanymi (ON) terapii elektrowstrząsowej. Trudność wiąże się z tym, że ocena poprawy klinicznej jest możliwa dopiero po wykonaniu serii zabiegów. Dotychczas nie wynaleziono jednoznacznej ani

¹⁶ National Institute for Clinical Excellence (NICE), Guidance on the use of electroconvulsive therapy, 2010

¹⁷ tamże

¹⁸ D. Padlińska, G. Gazda, T. Sobów, R.T. Hese, I. Kłoszewska, Leczenie elektrowstrząsami w Polsce w 2005 roku – wyniki ankiety przeprowadzonej w polskich szpitalach psychiatrycznych, *Psychiatria Polska*, 2008, t. 42, nr 6, s. 825-839

¹⁹ R.T. Hese, T. Zyss, Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klinicznej, Wydanie pierwsze, Wrocław 2007

skutecznej metody wyznaczania optymalnej dawki energii przy zabiegach EW, ale pewne procedury i założenia teoretyczne pozwalają przybliżyć się do tych parametrów.

Istnieją dwie metody określania parametrów bodźca stymulującego – metoda miareczkowania oraz ustalonych dawek. Metoda miareczkowania jest zalecana przez ekspertów APA.

Metoda miareczkowania

Podstawą jest ustalenie podczas pierwszego zabiegu progu drgawkowego pacjenta. Określono, że na próg drgawkowy wpływają: wiek, płeć, stosowane leki, choroby mózgu, rozmieszczenie i staranność założenia elektrod, dotychczas wykonane zabiegi elektrowstrząsowe.

Na podstawie rozmieszczenia elektrod oraz płci wyznacza się stymulującą dawkę startową, tak aby ograniczyć zbędną restymulację podprogową. Ponieważ podczas kolejnych zabiegów próg drgawkowy podwyższa się, należy po 3-6 EW rozważyć ponowne miareczkowanie lub podniesienie 1,5-5,25 raza dawki bodźca stymulującego.

Metoda wstępnie ustalonych dawek

W przypadku stosowania tej metody pomija się całą procedurę ustalania progu drgawkowego, natomiast bierze się pod uwagę płeć i wiek pacjenta i odnosi się to do stosownej instrukcji obsługi aparatu. W tej metodzie wyjściowa dawka bodźca stymulującego jest większa niż startowe dawki stosowane w metodzie miareczkowej. Czasem może 10- lub 20-krotnie przekraczać próg drgawkowy, co wiąże się z większymi zaburzeniami poznawczymi. Raport APA zaleca, by metodę wstępnie ustalonych dawek stosować jedynie u chorych z grupy ryzyka medycznego w celu uniknięcia obciążeń wegetatywnych związanych ze stymulacją podprogową.

3. Komparatory dla leczenia EW

Komparatorami dla leczenia EW jest leczenie farmakologiczne oraz leczenie nefarmakologiczne obejmujące fikcyjne EW (pozorowane), psychoterapię lub rTMS¹.

¹ rTMS - powtarzana przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (z ang. *Repetitive transcranial magnetic stimulation*)

Tabela 2. Informacje zaczerpnięte z opinii ekspertów klinicznych.

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <p>Najtańsza technologia stosowana w Polsce we wskazaniach zaleconych do EW, z którą można porównać EW</p> | <p>[REDACTED]</p> | <p>[REDACTED]</p> | <p>[REDACTED]</p> | <p>[REDACTED]</p> |
| <p>Najskuteczniejsza technologia stosowana w Polsce we wskazaniach zaleconych do EW, z którą można porównać EW</p> | <p>[REDACTED]</p> | <p>[REDACTED]</p> | <p>[REDACTED]</p> | <p>[REDACTED]</p> |
| <p>Technologia (najbardziej) rekomendowana w wytycznych postępowania klinicznego obowiązujących lub polecanych w Polsce, we wskazaniach</p> | <p>[REDACTED]</p> | <p>[REDACTED]</p> | <p>[REDACTED]</p> | <p>[REDACTED]</p> |

²⁰ Opinia [REDACTED] z dnia 29.04.2011 r.

²¹ Opinia [REDACTED] z dnia 05.04.2011 r.

²² Opinia [REDACTED] z dnia 27.04.2011 r.

²³ Opinia [REDACTED] z dnia 28.04.2011 r.

| | | | | |
|---|------------|------------|------------|--|
| zaleconych do EW, z którą można porównać EW | [REDACTED] | [REDACTED] | | |
| Technologia medyczna, która w rzeczywistej praktyce medycznej najprawdopodobniej może zostać zastąpiona przez EW | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie opinii ekspertów

4. Populacja

Z uwagi na wskazanie w zleceniu Ministra Zdrowia²⁴ populacji poprzez podanie opisu choroby, w której świadczenie jest udzielane oraz opisu stanu zdrowia, w którym świadczenie jest udzielane (lekooporne zaburzenia psychiatryczne, w szczególności schizofrenia, katatonia, ciężka depresja), przedstawiono dane uwzględniając powyższe populacje.

Zaburzenia psychiatryczne

Zaburzenia psychiatryczne to grupa zaburzeń psychicznych pochodzenia organicznego lub emocjonalnego. Do klasycznych objawów zalicza się omamy, urojenia, zachowania regresywne, niedostosowany nastrój, rozkojarzenie. Zaburzenia psychiatryczne dotyczą znacznego upośledzenia w percepcji rzeczywistości. Osoba dotknięta psychozą dochodzi do nieprawidłowych wniosków dotyczących rzeczywistości zewnętrznej, dokonuje niewłaściwych ocen oraz spostrzeżeń.

Do zaburzeń psychiatrycznych występujących w klasyfikacji ICD-10 zalicza się m.in.:^{25,26}

- schizofrenie: cechują się podstawowymi zaburzeniami myślenia i spostrzegania oraz niedostosowanym i splotym afektem. Zmiany dotyczą czynności, które pozwalają normalnej osobie na odczuwanie swojej odrębności, indywidualności, i zdolności kierowania sobą. Najbardziej intymne myśli, uczucia i działania są często odczuwane jako znane innym. Możliwy jest rozwój wyjaśniających urojeń. Osoba może traktować siebie jako środek wszystkich wydarzeń. Często są omamy, w szczególności słuchowe. Zmianie może ulegać spostrzeganie: barwy i dźwięki mogą być odbierane jako bardziej ostre, nadmiernie żywe. Często chory ma przekonanie, że codzienne sytuacje mają specjalne, zazwyczaj zagrażające znaczenie, skierowane tylko do niego. W zaburzeniach myślenia nieistotne cechy całego pojęcia wysuwają się na pierwszy plan i zastępują miejsce tych, które są istotne i odpowiednie do sytuacji, a co za tym idzie myślenie staje się puste i niejasne, a wypowiedzi niezrozumiałe. Charakterystyczny jest nastrój pusty, kapryśny lub niespójny. W zależności od objawów wyróżnia się wiele rodzajów schizofrenii
- psychozy afektywne, w tym zaburzenie dwubiegunowe (psychoza maniakalno - depresyjna)

Katatonia – jest to występowanie zwiększonej lub zmniejszonej aktywności ruchowej w psychozie (schizofrenia katatoniczna) bądź spowodowanej chorobami mózgu, zaburzeniami metabolicznymi lub substancjami psychoaktywnymi. Objawy katatoniczne mogą również występować w zaburzeniach nastroju. Schizofrenia katatoniczna spowodowana jest występowaniem nieprawidłowego stanu psychicznego, jednak jej przyczyny nie są znane. Objawy katatoniczne w schizofrenii występują rzadko w krajach rozwiniętych.²⁷

Objawy katatoniczne mogą być podzielone na zaburzenia ruchów spontanicznych i ruchów wywołanych.

Zaburzenia ruchów spontanicznych:

- Postawa: utrzymywanie niezwyklej i niewygodnej postawy przez dłuższy czas.
- *Schnauzkrampf*: charakterystyczny wyraz twarzy – wargi i nos są zbliżone do siebie.
- Stereotypie: niezwykle ruchy powtarzane wielokrotnie bez celu.
- Manieryzmy: niezwykle ruchy powtarzane wielokrotnie, z pozoru celowe.
- Zastyganie: podczas wykonywania prawidłowego działania pacjent nagle się zatrzymuje.
- Mutyzm: brak wypowiedzi pomimo zachowanej świadomości.

²⁴ Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2010 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych*, jako świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

²⁵ Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Kraków Warszawa, 1997, dokument dostępny na stronie internetowej www.psychologia.edu.pl/sownik/id.zaburzenia-psychotyczne/i.html (data dostępu 12.06.2011 r.)

²⁶ A. Reber, Sownik psychologii Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2000, dokument dostępny na stronie internetowej www.psychologia.edu.pl/sownik/id.zaburzenia-psychotyczne/i.html (data dostępu 12.06.2011 r.)

²⁷ A.D. Cameron, Psychiatria, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009

Zaburzenia ruchów wywołanych:

- Giętkość woskowata (*flexibilitas cerea*): pacjentowi można nadać niezwykle, niewygodną pozycję, którą utrzymuje przez jakiś czas, minutę lub dłużej.
- Automatyczna uległość: pacjent wykonuje każde polecenie w sposób dosłowny, konkretny.
- *Mitmachen* (współpraca): wykonanie ruchu ciała zapoczątkowanego przez badającego, np. pacjent podnosi ramię po delikatnym dotknięciu jego przedramienia.
- *Mitgehen* (nadmierna współpraca): skrajnie nasilona postać *mitmachen*.
- Echolalia/echopraksja: pacjent powtarza gesty, ruchy lub wypowiedzi badającego.
- Negatywizm: pacjent stawia opór wszelkim próbom nawiązania kontaktu podczas badania.
- *Gegenhalten* (opozycja): pacjent przeciwstawia się wszelkim próbom wykonania biernych ruchów, z taką samą siłą, z jaką badający usiłuje te ruchy wykonać.

Do innych objawów katatonicznych należą: objaw poduszki powietrznej (leżąc pacjent utrzymuje głowę kilkanaście centymetrów nad łóżkiem, co jest skutkiem utrzymującego się skurczu mięśni obojczykowo-sutkowatych), manieryzmy i stereotypie wypowiedzi oraz katatoniczne podniecenie lub osłupienia.²⁸

Ostra katatonia – (czasami nazywana ostrą śmiertelną katatonią – (z ang. *acute lethal catatonia*)) jest to stan ciężkich zaburzeń psychotycznych, często występujący w sposób nagły, cechujący się szybkim postępem objawów, które bezpośrednio zagrażają życiu chorego. Te objawy to przede wszystkim pobudzenie psychoruchowe albo stupor, zaburzenia świadomości, zaprzestanie przyjmowania posiłków i płynów, wzrost napięcia mięśniowego, temperatury ciała itp. Jeżeli nie podejmie się właściwego leczenia, objawy nasilają się, zaburzają podstawowe funkcje życiowe organizmu chorego i prowadzą do powikłań somatycznych, a w następstwie do odwodnienia, ciężkich zaburzeń metabolicznych (np. kwasicy), niewydolności krążenia, oddychania, niewydolności wątroby czy nerek i w efekcie do śmierci chorego. Dla takich chorych leczenie EW jest metodą z wyboru, ratującą życie.²⁹

Zespół katatoniczny charakteryzuje się zaburzeniem kontaktu z otoczeniem i aktywności, która może spadać lub wzrastać. Głównym nośnikiem aktywności jest motoryka, mówimy więc o zespole katatonicznym hipokinetycznym (osłupienie) i hiperrkinetycznym (podniecenie). W tym też zespole spotykamy stan oniryczny. Podniecenie katatoniczne spotykane w ostrej śmiertelnej katatonii charakteryzuje się bezładnym działaniem, przejawiającym się w ruchach lokomocyjnych, ekspresyjnych, rzadziej manipulacyjnych.

Częsta jest agresja, zwłaszcza wobec prób ograniczenia ruchu. Poza tym zanika wszelki kontakt z chorym. W głębszym podnieceniu mutyzm jest pełny. Nie ma aktywności celowej, nawet najprostszej. Gdy podniecenie jest mniej nasilone, można stwierdzić podobne zaburzenia ruchu i mowy jak w osłupieniu: echolalie, echopraksję, perseweracje ruchowe i słowne, negatywizm. Szczególne znaczenie mają nagłe podniecenia, gdy chory zrywa się, atakuje kogoś z otoczenia, albo biegnie przed siebie. Stan oniryczny zbliżony jest zarówno do osłupienia, jak i podniecenia katatonicznego przez to, że kontakt z otoczeniem jest minimalny, aktywność celowa ograniczona, a motoryka uboga. W przypadku nawiązania kontaktu z otoczeniem dowiadujemy się, że przeżywa on złożone „dzianie się”, podróżuje, walczy, ucieka. Nazywamy to zjawisko urojeniami dziania się lub

²⁸ P. Wright, J. Stern, M. Phelan, Redakcja wydania I polskiego J. Rybakowski, F. Rybakowski, t. 1, Psychiatria Sedno, ELSEVIER Urban & Partner Wrocław, Wrocław 2008

²⁹ Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2011 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych*, jako świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

onirycznymi. Zwykle chory przeżywa lęk, dysforie, podwyższenie lub obniżenie nastroju. Stan oniryczny trwa dni lub tygodnie, w formie czystej jest zjawiskiem rzadkim, znacznie częstsze są wstawki oniryczne w przebiegu osłupienia katatonicznego, jak również na początku ostro rozwijającego się zespołu paranoidalnego.³⁰

Depresja³¹ - szczególny rodzaj zaburzeń nastroju i emocji, mianowicie takie, które można uznać za zjawisko chorobowe, a więc wymagające pomocy lekarskiej.

Kryteria rozpoznania dużej depresji (za DSM-IV):

Współwystępowanie w tym samym czasie co najmniej pięciu spośród wymienionych niżej objawów, w tym cechy oznaczonej symbolem 1 i (lub) 2. Objawy utrzymują się niemal przez cały dzień, przez okres co najmniej 2 tygodni:

1. Nastrój depresyjny.
2. Wyraźne zmniejszenie zainteresowań lub satysfakcji z wykonywanych czynności.
3. Wyraźna zmiana masy ciała (chudnięcie lub tycie).
4. Bezsenna lub wzmożona senność.
5. Pobudzenie lub zahamowanie ruchowe.
6. Zmęczenie (poczucie utraty energii).
7. Poczucie małej wartości (winy).
8. Zaburzenia koncentracji, trudności z podejmowaniem decyzji.
9. Nawracające myśli o śmierci, samobójstwie.

4.1. Epidemiologia

25-40% chorych nie reaguje zadowalająco na leki przeciwdepresyjne, istnieją naukowe przesłanki, że liczba chorych "lekoopornych" się zwiększa, a lekarze nie są w stanie udzielić w pełni skutecznej pomocy około 1/3 chorych z rozpoznaniem depresji.³²

Ponad 1,5 mln osób w Polsce w ciągu roku trafia do szpitali psychiatrycznych (wzrost o około 900 tys. od 1990 r. do 2004, największy odsetek w Europie). W 2007 roku około 100 tys. osób znalazło się w polskich szpitalach psychiatrycznych z najcięższymi schorzeniami psychotycznymi (dane z 2007 r.).³³

Standaryzowane normy śmiertelności u chorych na schizofrenię są pięć razy wyższe niż dla reszty populacji, 10-15% osób z zaburzeniami ewentualnie popełni samobójstwo.³⁴

Ogólnie, ok. 1/3 leczonych farmakologicznie chorych na schizofrenię wykazuje niesatysfakcjonującą poprawę po leczeniu, w związku z tym spełnia kryteria lekooporności. Z kolei, spośród tych chorych ok. 1/2 reaguje na

³⁰ K. Kielan, K. Kucia, A. Opielka-Pawlak, Terapia elektrowstrząsami w ostrej śmiertelnej katatonii, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005, nr 14, s. 84-87

³¹ S. Puzyński, Depresje i zaburzenia afektywne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wydanie V rozszerzone i uaktualnione, Warszawa 2009

³² S. Puzyński, Psychiatria – postępy 2006. 50 lat stosowania leków przeciwdepresyjnych, 2007, informacje opublikowane na stronie internetowej <http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=31688&tc=2723EA8FDE734495838F5E84B516C98C> (data dostępu 12.06.2011 r.)

³³ informacje opublikowane na stronie internetowej <http://www.obywatel.org.pl/index.php?module=news&func=display&sid=7458> (data dostępu 3.03.2011 r.)

³⁴ J. Greenhalgh, C. Knight, D. Hind, C. Beverley, S. Walters, Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, katatonia and mania: systematic review and economic modelling studies, *Health Technol Assess.*, 2005

inne metody, takie jak np. politerapię, a pozostała połowa chorych cechuje się różnym stopniem przewlekłości objawów.³⁵

U około jednej trzeciej chorych poddanych leczeniu z powodu depresji, odpowiedź na pierwszy przepisany lek przeciwdepresyjny (LPD) jest niezadowolająca. W przypadku wielu pacjentów (do 15%) wielokrotne interwencje (obejmujące intensywne leczenie farmakologiczne i psychoterapię) okazują się nieskuteczne, a chorzy skarżą się na utrzymujące się nasilone objawy depresji.³⁶

Informacje uzyskane od ekspertów, w odniesieniu do postawionego pytania:

Proszę podać wszystkie wskazania, w których jest możliwe (klinicznie akceptowalne) stosowanie wnioskowanej technologii medycznej. Dla każdego z wymienionych wskazań proszę oszacować liczbę osób w Polsce z tym wskazaniem (chorobowość) oraz liczbę nowych przypadków danego wskazania w ciągu roku (zapadalność). Proszę podać źródło lub zaznaczyć, że z braku dostępnych danych podana wartość jest oszacowaniem własnym.

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]

³⁵ Zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2010 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych*, jako świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

³⁶ M.T. Berlin, G. Turecki, Depresja lekooporna – definicja, ocena i sposoby klasyfikacji. Przegląd aktualnych koncepcji, tłumaczenie: M. Gajdosz, opublikowano na stronie internetowej <http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=40197& tc=1CB38E0CE58B4C0CA5B176A341CE4BEB> (data dostępu 12.06.2011 r.)

³⁷ Opinia [REDAKTOWANE] z dnia 05.04.2011 r.

³⁸ Opinia [REDAKTOWANE] z dnia 29.04.2011 r.

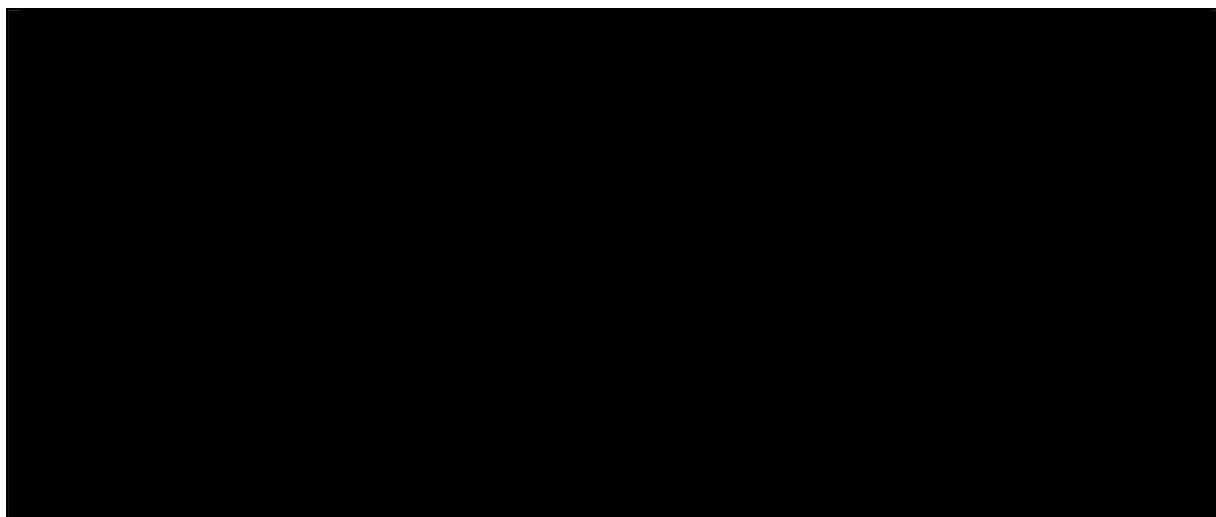
³⁹ Opinia [REDAKTOWANE] z dnia 27.04.2011 r.



Dane otrzymane z NFZ⁴¹

Poniżej przedstawiono uzyskane z NFZ dane o liczbie osób leczonych na choroby psychiczne zgodnie z rozpoznaniem z grupy F, według klasyfikacji ICD10, w latach 2008-2010, według stanu na dzień 15.02.2011 r.

Tabela 3. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: organiczne zaburzenia urojeniowe /podobne dla schizofrenii/-F06.2, oraz organiczne zaburzenia nastroju /afektywne/-F06.3



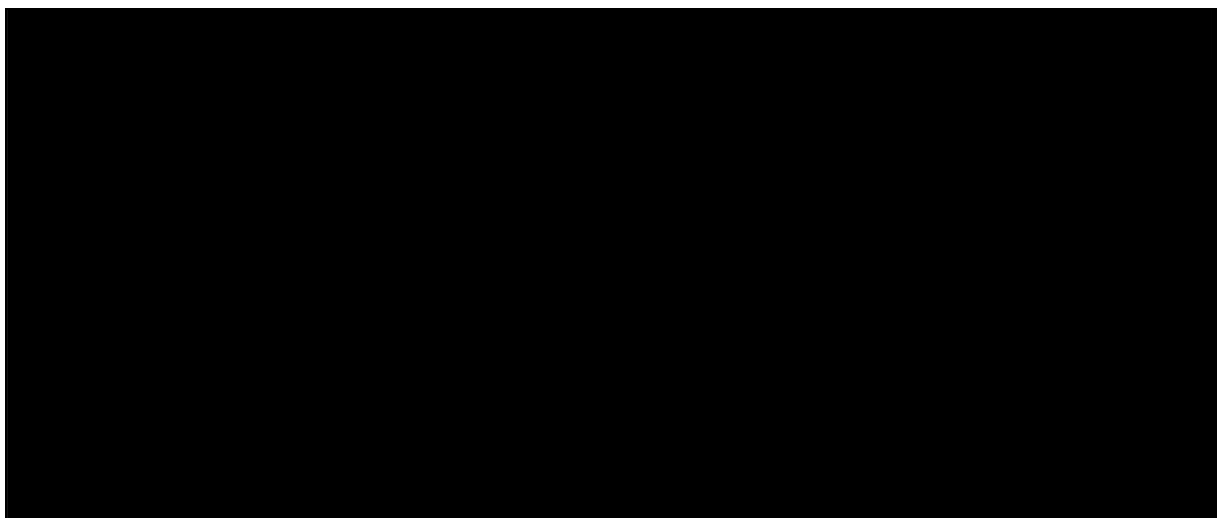
Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

Najwięcej osób z rozpoznaniem: organiczne zaburzenia urojeniowe /podobne do schizofrenii/ -F06.2 lub zaburzenia nastroju /afektywne/-F06.3, w latach 2008-2010, było leczonych w ramach [redacted]


⁴⁰ Opinia [redacted] z dnia 28.04.2011 r.

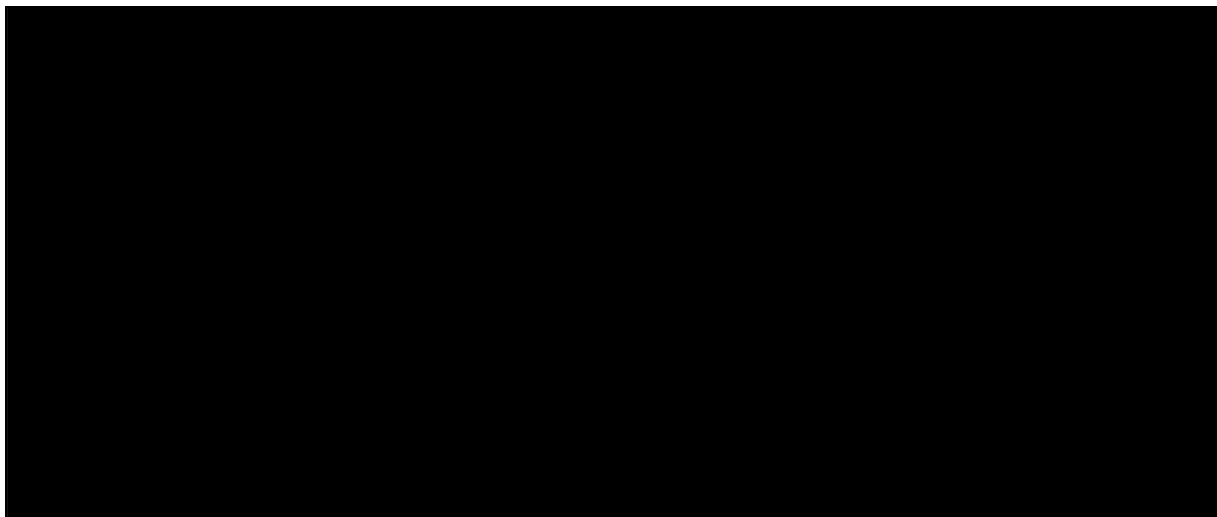
⁴¹ Pismo NFZ z dnia 02.03.2011 r.

Tabela 4. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: schizofrenia-F20 oraz uporczywe zaburzenia urojeniowe-F22

A large black rectangular redaction box covering the entire content of Table 4.

Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

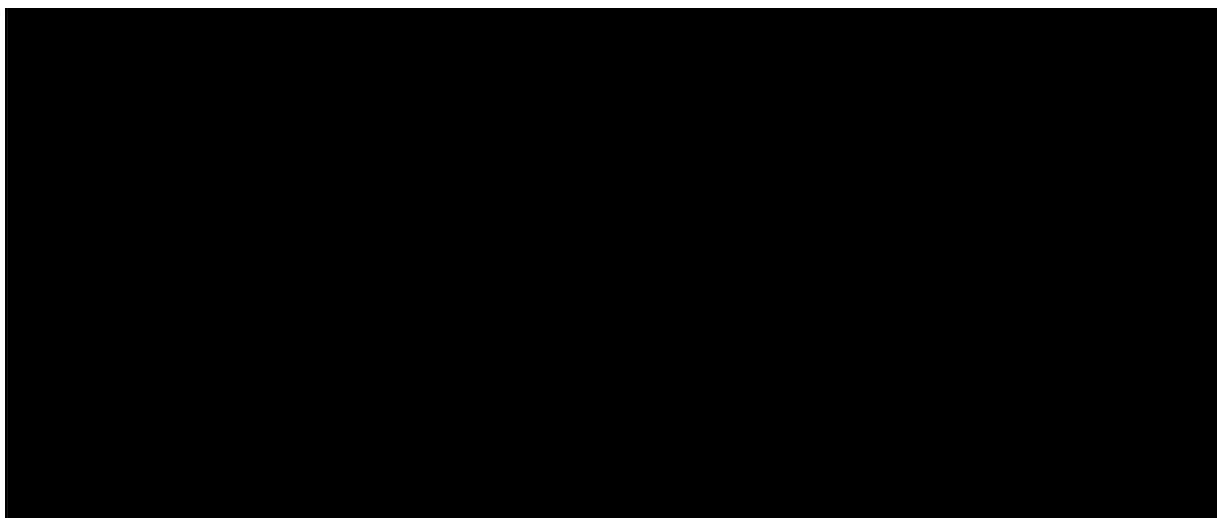
W latach 2008-2010, najwięcej osób z rozpoznaniem: schizofrenia – F20 lub uporczywe zaburzenia urojeniowe –F22, było leczonych w ramach 



Rysunek 1. Wykres zbiorczy przedstawiający epidemiologię na przestrzeni lat 2008-2010, dotyczącą rozpoznań: organiczne zaburzenia urojeniowe /podobne dla schizofrenii/-F06.2, organiczne zaburzenia nastroju /afektywne/-F06.3, schizofrenia-F20 oraz uporczywe zaburzenia urojeniowe-F22

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z NFZ w piśmie z dnia 2.03.2011 r.

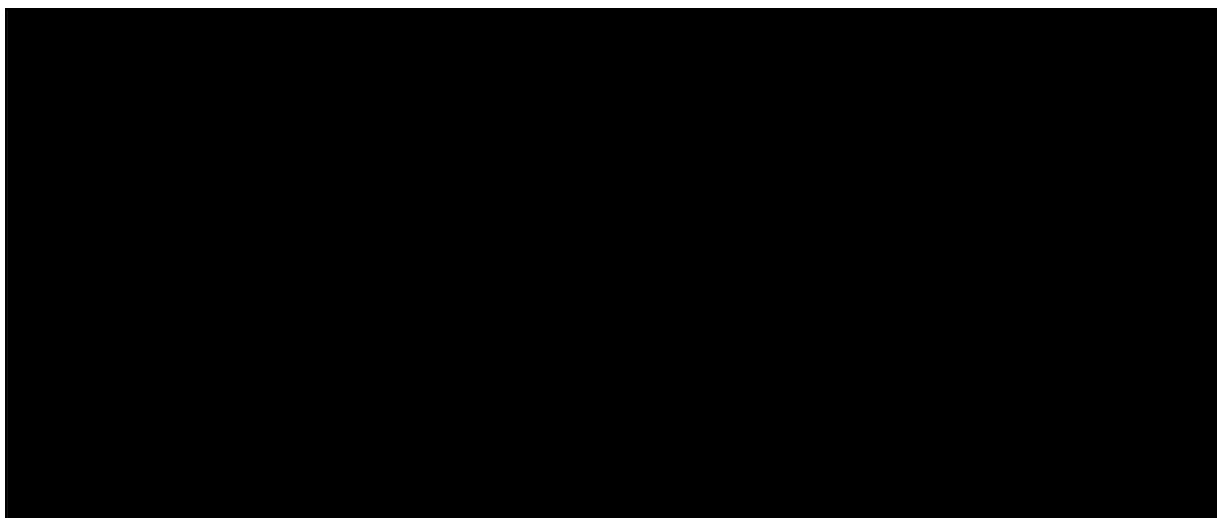
Tabela 5. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne-23 oraz indukowane zaburzenia urojeniowe-F24



Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

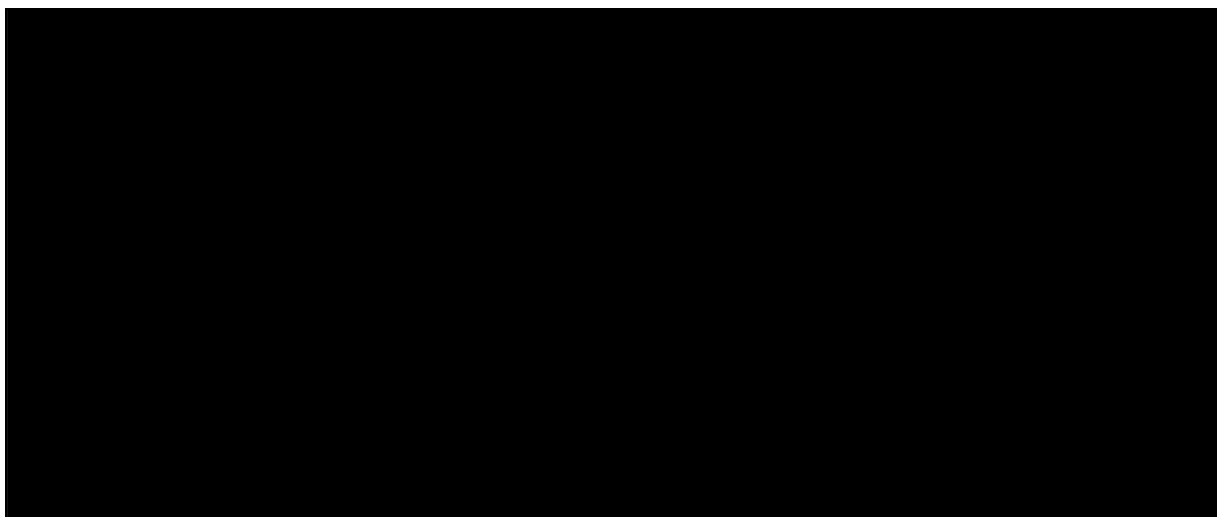
W ramach [redacted] było leczonych najwięcej osób z rozpoznaniem: ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne –F23 oraz w ramach [redacted] było leczonych najwięcej osób z rozpoznaniem: indukowane zaburzenia urojeniowe-F24, w latach 2008-2010.

Tabela 6. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: zaburzenia schizoafektywne-F24, oraz inne nieorganiczne zaburzenia psychotropowe-F28



Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

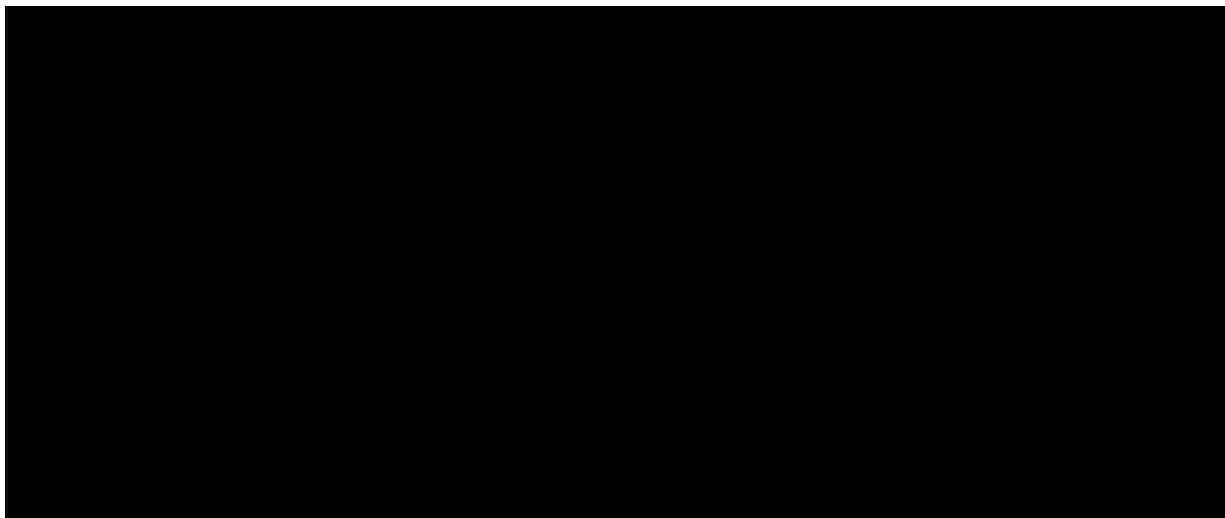
W latach 2008-2010, najwięcej osób z rozpoznaniem: zaburzenia schizoafektywne –F25 było leczonych w ramach [redacted] oraz z rozpoznaniem: inne nieorganiczne zaburzenia psychotropowe – F28 było leczonych w ramach [redacted]



Rysunek 2. Wykres zbiorczy przedstawiający epidemiologię na przestrzeni lat 2008-2010, dotyczącą rozpoznań: ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne-23, indukowane zaburzenia urojeniowe-F24, zaburzenia schizoafektywne-F24, oraz inne nieorganiczne zaburzenia psychotropowe-F28

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z NFZ w piśmie z dnia 2.03.2011 r.

Tabela 7. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: nieokreślona psychoza nieorganiczna-F29, oraz epizod maniakalny-F-30



Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.


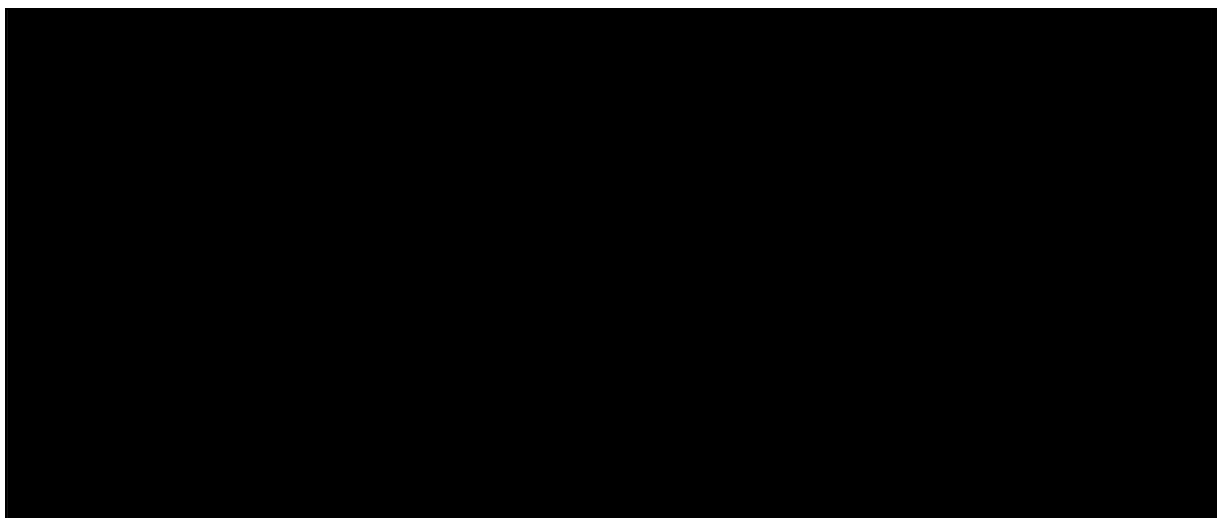

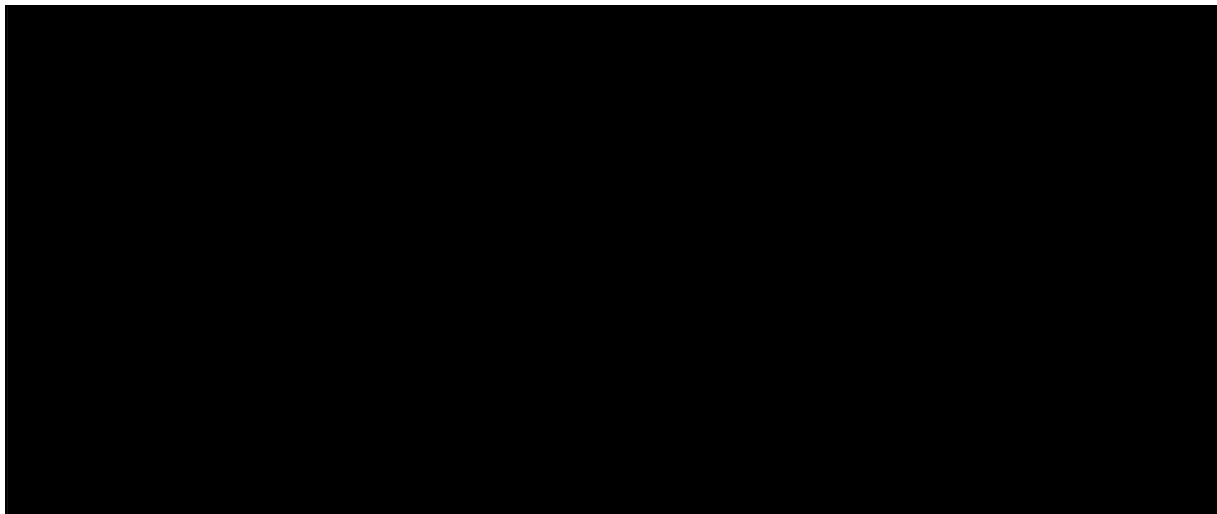
Najwięcej osób z rozpoznaniem: nieokreślona psychoza nieorganiczna-F29 lub epizod maniakalny-F30, w latach 2008-2010, było leczonych w ramach 

Tabela 8. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: zaburzenia afektywne dwubiegunowe-F31 oraz epizod depresyjny-F32

A large black rectangular redaction box covering the entire content of Table 8.

Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

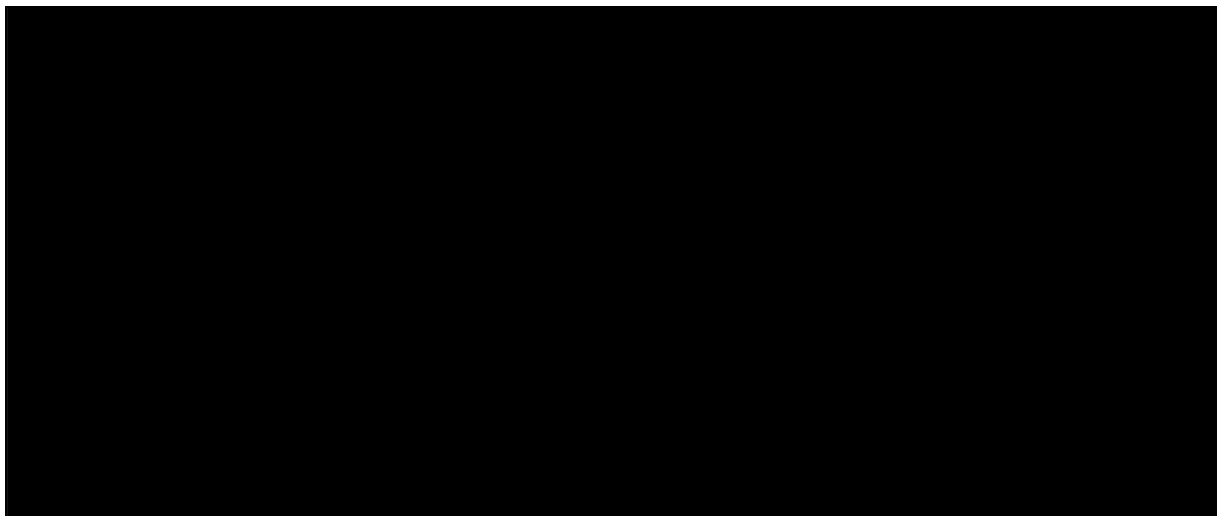
W latach 2008-2010, najwięcej osób z rozpoznaniem: zaburzenia afektywne dwubiegunowe-F31 lub epizod depresyjny-F-32, było leczonych w ramach 



Rysunek 3. Wykres zbiorczy przedstawiający epidemiologię na przestrzeni lat 2008-2010, dotyczącą rozpoznań: nieokreślona psychoza nieorganiczna-F29, epizod maniakalny-F-30, zaburzenia afektywne dwubiegunowe-F31 oraz epizod depresyjny-F32

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z NFZ w piśmie z dnia 2.03.2011 r.

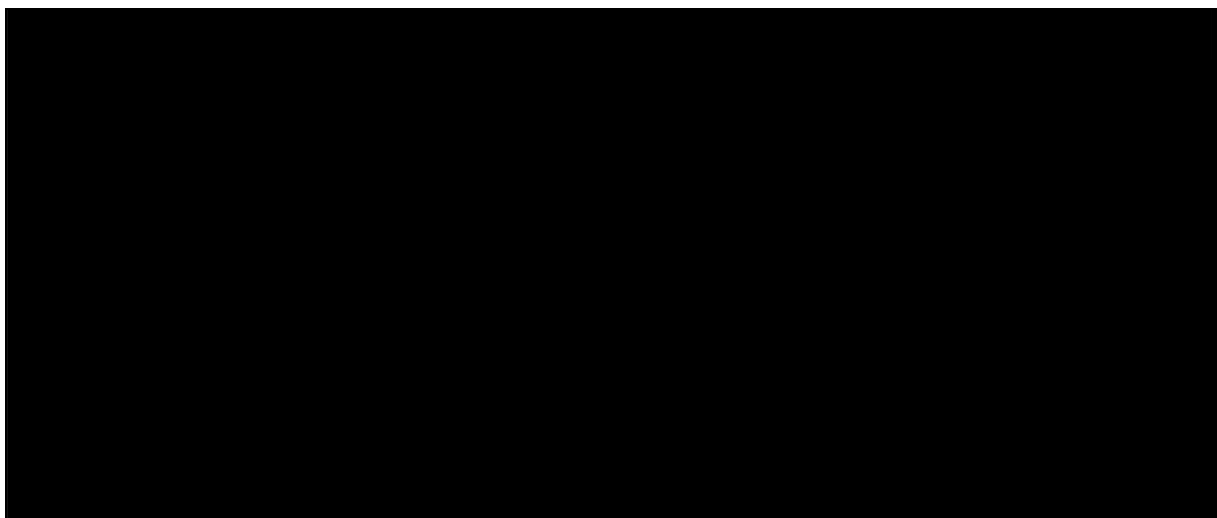
Tabela 9. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: zaburzenie depresyjne nawracające-F33 oraz inne zaburzenia nastroju (afektywne)-F38




Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

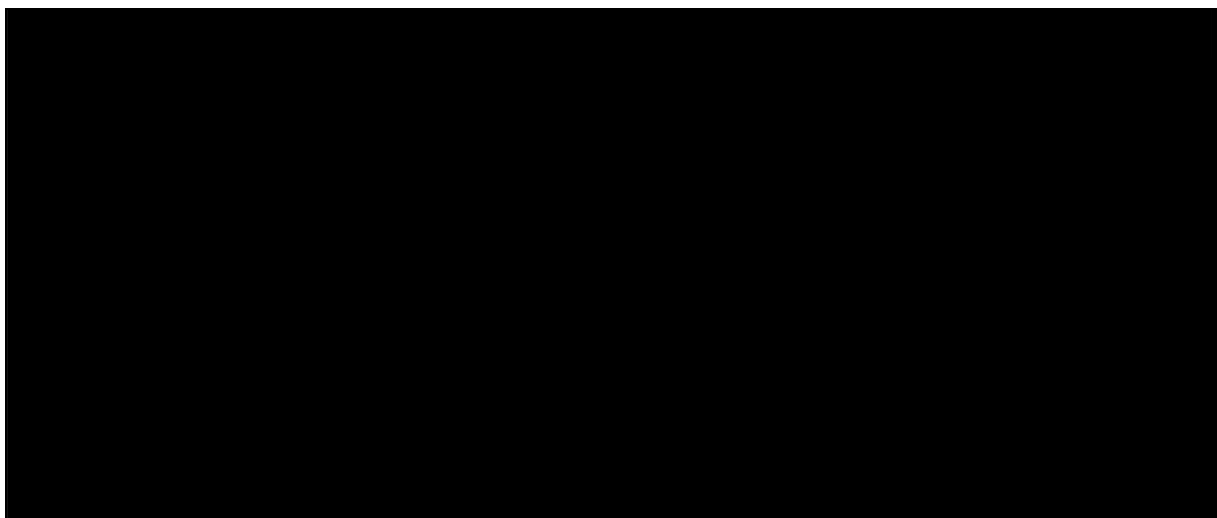
Najwięcej osób z rozpoznaniem: zaburzenia depresyjne nawracające-F33 było leczonych w ramach [redacted] [redacted] oraz z rozpoznaniem: inne zaburzenia nastroju (afektywne)-F38, było leczonych w ramach [redacted] w latach 2008-2010.

Tabela 10. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone-F39

A large black rectangular redaction box covering the entire content of Table 10.

Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

W latach 2008-2010, najwięcej osób z rozpoznaniem: zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone-F39, było leczonych w ramach 



Rysunek 4. Wykres zbiorczy przedstawiający epidemiologię na przestrzeni lat 2008-2010, dotyczącą rozpoznań: zaburzenie depresyjne nawracające-F33, inne zaburzenia nastroju (afektywne)-F38 oraz zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone-F39

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z NFZ w piśmie z dnia 2.03.2011 r.

5. Analiza doniesień naukowych

Z uwagi na obszerność tematu (populacja, interwencja), strategię wyszukiwania oparto na informacjach zawartych w zleceniu Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2011 r. w sprawie wydania rekomendacji dla świadczenia *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych*, które to określiło stan zdrowia, w jakim świadczenie jest udzielane (lekooporne zaburzenia psychotyczne, w szczególności schizofrenia, katatonja, ciężka depresja).

Podczas definiowania strategii wyszukiwania skupiono się na wytycznych, rekomendacjach oraz przeglądach; ostatecznie do analizy włączono jedynie duże przeglądy, uznane za najcenniejsze źródło informacji.

W ramach oceny klinicznej świadczenia *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych* wykonano przegląd systematyczny, który stanowi załącznik nr 11 do niniejszej analizy. W ramach wyszukiwania baz: MEDLINE, Cochrane Library, EMBASE, a następnie weryfikacji artykułów na podstawie tytułu i abstraktu oraz po eliminacji powtórzeń otrzymano 18 tekstów. Dostęp otrzymano do 12 z nich. Następnie przeprowadzono weryfikację na podstawie pełnych tekstów.

Analizie poddano następujące artykuły:

- M. Semkowska, D.M. McLoughlin, Performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis, *Biological Psychiatry*, 2010, 68(6)
- C. Loo, N. Katalinic, P.B. Mitchell, B. Greenberg, Physical treatments for bipolar disorder: A review of electroconvulsive therapy, stereotactic surgery and other brain stimulation techniques, *J Affect Disord.*, 2010
- A. Merkl, I. Heuser, M. Bajbouj, Antidepressant electroconvulsive therapy: mechanism of action, recent advances and limitations, *Exp Neurol*. 2009, 219(1):20-6
- D.M. Popeo, Electroconvulsive therapy for depressive episodes: A brief review, *Geriatrics*. 2009, 64(4):9-12
- M. Kopecek, L. Cerná, J. Sulak, M. Raszka, M. Bares, D. Seifertová, Depressed patients perception of the efficacy of electroconvulsive therapy and venlafaxine therapy, *Neuro Endocrinol Lett*. 2007, 28(6):889-94
- P.B. Rosenquist, G.B. Brenes, E.M. Arnold, J. Kimball, V. McCall, Health-related quality of life and the practice of electroconvulsive therapy. [Review], *J EC*. 2006, 22(1):18-24
- J. Read, R. Bentall, The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2010, 19(4):333-47,
- P.B. Antunes, M.A. Rosa, P.S. Belmonte-de-Abreu, M.I. Lobato, M.P. Fleck, Electroconvulsive therapy in major depression: current aspects, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2009, 31(1):26-33
- D. Pagnin, V. de Queiroz, S. Pini, Cassano GB. Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review, *Journal of EC*, 2004, 20(1):13-20,
- W.M. McDonald, B.D. Greenberg, Electroconvulsive therapy in the treatment of neuropsychiatric conditions and transcranial magnetic stimulation as a pathophysiological probe in neuropsychiatry, *Depression & Anxiety*, 2000, 12(3):135-43
- J. Greenhalgh, C. Knight, D. Hind, C. Beverley, S. Walters, Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, katatonja and mania: systematic review and economic modelling studies, *Health Technol Assess.*, 2005
- P. Tharyan, C.E. Adams, Electroconvulsive therapy for schizofrenia, The Cochrane Collaboration, 2009

Ostatecznie analizę oparto na 2 przeglądach: Greenhalgh i wsp. 2005, oceniającego efektywność kliniczną leczenia elektrowstrząsami dla osób z depresją, schizofrenią, katatonią i manią oraz Tharyan i wsp. 2009, który

oceniał ogólną poprawę, hospitalizację, zmiany stanu psychicznego, zachowań i funkcjonowania osób ze schizofrenią.

Greenhalgh i wsp. 2005⁴²

Głównym celem opracowania było ustalenie efektywności klinicznej oraz efektywności kosztowej leczenia elektrowstrząsami dla osób z depresją, schizofrenią, katatonią i manią.

Przeszukane zostały następujące bazy: Biological Abstracts, CINAHL, Cochrane Controlled Trials Register (CCTR), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Schizophrenia Group Trials Register, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), EBM Reviews, EMBASE, Health Management Information Consortium (HMIC), Health Technology Assessment (HTA) Database, MEDLINE, NHS Economic Evaluations Database (NHS EED), Office of Health Economics Health Economic Evaluations Database (OHE HEED), PreMEDLINE, PsycINFO, Science Citation Index (SCI), Social Sciences Citation Index (SSCI).

Do przeglądu włączono 2 przeglądy systematyczne: UK ECT Group, 2003 (73 badania), oraz The Cochrane Schizophrenia Group ECT review (24 badania).

Dokumenty zostały włączone do przeglądu, jeśli zawierały badania dotyczące następujących grup populacji: depresja, schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, katatonia, mania.

Włączono dokumenty, które porównywały EW z jakimkolwiek leczeniem farmakologicznym oraz leczeniem niefarmakologicznym (fikcyjne EW, psychoterapia oraz rTMS).

Rezultaty:

Odnaleziono 2 przeglądy systematyczne wysokiej jakości zawierające randomizowane dowody dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa stosowania EW u osób z depresją, schizofrenią, katatonią i manią. Zidentyfikowano także 4 przeglądy systematyczne opierające się na nierandomizowanych dowodach, choć tylko jeden z nich można określić jako przegląd dobrej jakości. Nie odnaleziono randomizowanych dowodów efektywności EW w specyficznych subgroupach pacjentów, obejmujących osoby starsze, dzieci i młodzież, osoby z katatonią i kobiet po porodzie z zaostrzeniem depresji lub schizofrenii.

Wnioski:

U osób z depresją, prawdziwe EW jest prawdopodobnie bardziej skuteczne niż fikcyjne EW, jednakże parametry bodźca mają istotny wpływ na skuteczność; niskie dawki jednostronnego EW nie są bardziej skuteczne niż fikcyjne EW. EW jest prawdopodobnie bardziej skuteczne niż farmakoterapia w krótkim okresie, ale dowody, na których opiera się to twierdzenie były o zmiennej jakości i nieodpowiednich dawkach użytej farmakoterapii. Ograniczone dane sugerują, że EW jest bardziej skuteczne aniżeli rTMS. Ograniczone dane wskazują, że TCAs¹¹ może poprawić działanie przeciwdepresyjne EW podczas terapii EW, oraz że kontynuacja farmakoterapii z TCAs w połączeniu z litem u ludzi, którzy odpowiedzieli na EW zmniejsza częstość nawrotów. Ogółem korzyści w skuteczności interwencji zależące od parametrów bodźca EW są osiągnięte tylko kosztem zwiększonego ryzyka ubocznych skutków poznawczych. Ograniczone dane wskazują, że efekty te nie trwają dłużej niż 6 miesięcy, ale nie ma także dowodów badających skutki poznawcze EW w dłuższym czasie. Istnieje niewiele dowodów na długoterminową skuteczność EW, oraz dużo mniej dowodów dotyczących skuteczności EW w schizofrenii i manii, oraz nierandomizowanych dowodów na skuteczność EW w katatonii. EW w połączeniu z lekami przeciwpsychotycznymi lub w monoterapii nie jest bardziej skuteczne niż leki przeciwpsychotyczne u osób ze schizofrenią. Dowody nie pozwalają wyciągnąć jakichkolwiek wiążących wniosków, w odniesieniu do skuteczności EW u osób z manią lub katatonią, u osób starszych, ludzi młodych i kobiet, oraz wpływu EW na jakiegokolwiek przyczyny śmiertelności. Istnieją ograniczone, nierandomizowane dowody dotyczące wpływu akceptacji i wyboru pacjenta na wyniki EW.

⁴² J. Greenhalgh, C. Knight, D. Hind, D. Beverley, S. Walters, Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, katatonia and mania: systematic review and economic modelling studies, *Health Technol Assess.*, 2005

¹¹ z ang. *tricyclic antidepressants*

Tharyan i wsp. 2009⁴³

Głównym celem opracowania było ustalenie czy leczenie elektrowstrząsami prowadzi do znaczących klinicznie korzyści w odniesieniu do ogólnej poprawy, hospitalizacji, zmiany stanu psychicznego, zachowań i funkcjonowania osób ze schizofrenią.

Przeszukane zostały następujące bazy: Biological Abstracts, EMBASE, MEDLINE, PsycLIT, SCISEARCH oraz the Cochrane Schizophrenia Group's Register.

Do przeglądu włączonych zostało 26 badań.

Dokumenty zostały włączone do przeglądu, jeśli zawierały badania dotyczące następujących grup populacji: schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, przewlekłe zaburzenia psychiatryczne.

Włączono dokumenty, które porównywały EW z placebo, z fikcyjnym EW, z niefarmakologicznymi interwencjami oraz z interwencjami przeciwpsychotycznymi

Rezultaty:

W przypadku, kiedy EW porównywane było z placebo bądź fikcyjnym EW, więcej ludzi uzyskało poprawę przy prawdziwym EW i chociaż dane były niejednorodne, wpływ na zmienność danych nie był istotny. Pojawiła się sugestia, że w wyniku EW raportowano mniej nawrotów w krótkim okresie czasu niż podczas fikcyjnego EW oraz większe prawdopodobieństwo wyjścia ze szpitala. Nie ma dowodów na to, że ta początkowa przewaga EW utrzymywana jest w średnim i długim okresie. Osoby leczone EW nie wypadały z leczenia wcześniej niż pacjenci leczeni fikcyjnym EW. Bardzo ograniczone dane wskazują, że pamięć wzrokowa może spadać po EW w porównaniu z fikcyjnym EW; wyniki pamięci werbalnej były niejednoznaczne.

Kiedy EW jest bezpośrednio porównywane z lekami przeciwpsychotycznymi, wyniki sprzyjają grupie leków. Ograniczone dane wskazują, że EW w połączeniu z lekami przeciwpsychotycznymi powoduje większą poprawę stanu psychicznego niż w przypadku samych leków przeciwpsychotycznych. Jedno małe badanie sugeruje więcej zaburzeń pamięci po zakończeniu terapii EW w połączeniu z lekami przeciwpsychotycznymi w porównaniu z samymi lekami przeciwpsychotycznymi, choć zaburzenia te okazały się nietrwałe. Kiedy kontynuacja EW została dodana do leków przeciwpsychotycznych, połączenie było lepsze dla stosowania leków przeciwpsychotycznych samodzielnie lub samodzielnego stosowania EW.

EW jednostronne i dwustronne były równie skuteczne w odniesieniu do ogólnej poprawy. Jedno badanie wykazało znaczącą przewagę dla 20 zabiegów ponad 12 zabiegami dla liczby ogólnej poprawy pod koniec kursu EW.

⁴³ P. Tharyan, C.E. Adams, Electroconvulsive therapy for schizofrenia, The Cochrane Collaboration, 2009

6. Analiza prawna zlecenia

Zlecenie *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych* pierwotnie wpłynęło do Agencji Oceny Technologii Medycznych w dniu 25.11.2011 r. jako zlecenie z art. 31c Ustawy, jako zakwalifikowanie świadczenia przy wskazanych warunkach realizacji świadczeń i Kodach Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako świadczenia gwarantowanego oraz wpisanie świadczenia do załącznika nr 1 określającego wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. Nr 140, poz. 1146 i Nr 211, poz. 1641).

W ostatecznym zleceniu z dnia 12.04. 2011 r. Minister wnioskuje na podstawie art. 31e o zmianę poziomu lub sposobu finansowania w/w świadczenia.

Świadczenie to jest finansowane na podstawie zał. 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. Nr 140, poz. 1146). W systemach informatycznych NFZ jest ono katalogowane jako procedura o kodach wg ICD-9PI 94.26 oraz 94.27.

W związku z tym Minister podkreśla, iż przeniesienie świadczenia do zał. 1 jest (...) w rzeczywistości wyodrębnieniem już istniejącej, ugruntowanej procedury medycznej.

Ponieważ w opinii Ministra Zdrowia dotychczasowy sposób finansowania w/w świadczenia (w ramach osobodnia pobytu pacjenta w oddziale), jest niewystarczający, zlecenie dotyczy wyodrębnienia tego świadczenia w zał. 1 do Rozporządzenia. Tym samym przestanie być ono finansowane w ramach osobodnia pobytu pacjenta w oddziale.

W zleceniu wskazane zostały jednostki chorobowe wraz z kodami wg klasyfikacji ICD-10, w których możliwa byłaby realizacja w/w świadczenia ze wskazań życiowych.

Wyodrębnienie świadczenia EW w Rozporządzeniu wiąże się z koniecznością ustalenia sposobu jego finansowania. Tym samym zwiększą się koszty ponoszone przez płatnika na realizację świadczeń realizowanych w ramach załącznika nr 1 do Rozporządzenia.

7. Wytyczne i standardy stosowania EW

National Institute for Clinical Excellence (NICE)⁴⁴

- 1.1. Zaleca się stosowanie terapii elektrowstrząsami w celu uzyskania szybkiej, krótkoterminowej poprawy ciężkich objawów, gdy inne możliwości leczenia okazały się nieskuteczne lub/i kiedy istnieje zagrożenie życia u osób z: ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi, katatonią, długotrwałych bądź ciężkich epizodów manii.
- 1.2. Decyzja czy EW jest klinicznie wskazana powinna być oparta na udokumentowanej ocenie ryzyka i potencjalnych korzyści dla osoby, w tym: ryzyko związane ze znieczuleniem, obecnych chorób towarzyszących, przewidywanych działań niepożądanych, szczególnie zaburzeń poznawczych oraz ryzyka związanego z nieleczeniem.
- 1.3. Ryzyka związane z EW mogą być zwiększone w okresie ciąży, u osób starszych oraz u dzieci i młodzieży, dlatego lekarze powinni zachować szczególną ostrożność podczas rozważania zastosowania EW w wymienionych wyżej grupach.
- 2.10. Terapia EW jest obecnie stosowana w praktyce klinicznej w UK jako opcja terapeutyczna dla osób z chorobami depresyjnymi, katatonią oraz manią. EW jest także sporadycznie stosowane w leczeniu schizofrenii.

The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, Electroconvulsive therapy, Guidelines on the administration of electroconvulsive therapy (ECT)⁴⁵

Wskazania

Główne wskazania do terapii elektrowstrząsami zawsze będą bazowały na dokładnej fizycznej i psychicznej ocenie pacjenta, biorąc pod uwagę choroby, stopień cierpienia pacjenta, oczekiwany efekt terapeutyczny i rokowanie w przypadku, kiedy takie leczenie jest wstrzymane.

Głównym wskazaniem do EW jest duża depresja, zwłaszcza wraz z melancholią, cechy psychotyczne i/lub ryzyko samobójstwa. Inne wskazania to mania i schizofrenia z ostrymi cechami. ECT może być również pomocne w pewnych warunkach, takich jak złośliwy zespół neuroleptyczny i choroba Parkinsona.

Przeciwwskazania

Z wyjątkiem wzrostu ciśnienia śródczaszkowego nie istnieją absolutnie żadne przeciwwskazania, chociaż istnieją sytuacje kliniczne, w których wymagane jest zachowanie szczególnej ostrożności. EW jest jedną z najmniej ryzykownych procedur medycznych przeprowadzanych w znieczuleniu ogólnym i znacznie mniej ryzykowną niż poród.

AETNA

AETNA uważa leczenie elektrowstrząsami niezbędne z medycznego punktu widzenia dla osób spełniających jedno z następujących warunków:

- Katatonia lub
- Niektóre ostre zaostrzenia schizofreniczne lub
- Poważna depresja (jednobiegunowa, dwubiegunowa, lub epizod mieszany) lub
- Mania

⁴⁴ National Institute for Clinical Excellence (NICE), Guidance on the use of electroconvulsive therapy, 2010

⁴⁵ The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, Electroconvulsive therapy, Guidelines on the administration of electroconvulsive therapy (ECT), 2002

Kryteria wyboru do terapii EW:

- I. Pacjent posiada jeden z kwalifikujących powyżej wymienionych warunków psychiatrycznych oraz
- II. Pacjent posiada wiek co najmniej 12 lat, oraz
- III. Jedno z poniższych kryteriów jest spełnione:
 - Pacjent nie odpowiada na skuteczne leki, biorąc pod uwagę odpowiednie dawki oraz czas trwania, które wskazane są dla stanu zdrowia uczestnika (np. leki przeciwdepresyjne, leki przeciwpsychotyczne, itp., w razie potrzeby), lub
 - Pacjent jest niezdolny tolerować skuteczne leki bądź posiada stan zdrowia dla których lek jest przeciwwskazany lub
 - Pacjent miał w przeszłości pozytywną odpowiedź na EW lub
 - Pacjent nie jest w stanie bezpiecznie poczekać, aż lek będzie skuteczny (np. z powodu zagrożenia życia, psychozy, otępienie, skrajne pobudzenie, samobójstwo lub ryzyko zabójstwa, itp.) lub
 - Pacjent doświadcza poważnej manii lub depresji w czasie ciąży lub
 - Pacjent preferuje terapię EW jako opcję leczenia w konsultacji z psychiatrą.

8. Analiza ekonomiczna

Celem analizy jest ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym budżet NFZ, zmiany sposobu finansowania ze środków publicznych świadczenia leczenia elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych z warunkach stacjonarnych psychiatrycznych.

Analiza przeprowadzona została z punktu widzenia płatnika publicznego (NFZ) w perspektywie 5 lat.

Dane uzyskano we współpracy z NFZ, MZ oraz 7 zakładami opieki zdrowotnej, które na prośbę Ministerstwa Zdrowia udostępniły dane kosztowe dotyczące leczenia elektrowstrząsami.

Dane kosztowe z ZOZ, zebrane zostały w oparciu o przygotowane przez analityków tabele kosztowe.

8.1. Dane uzyskane z NFZ

Obecnie leczenie EW rozliczane jest w ramach stawki za osobodzień pobytu chorego w oddziale psychiatrycznym. Koszt osobodnia pobytu chorego w oddziale jest różny w zależności od Oddziału Wojewódzkiego NFZ, świadczeniodawcy oraz oddziału.

W ramach osobodnia pobytu pacjenta, zgodnie z Rozporządzeniem realizowane jest świadczenie o nazwie „*świadczenia psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, powyżej 18 roku życia*”. W skład tego świadczenia wchodzi wnioskowane przez Ministra Zdrowia leczenie EW.

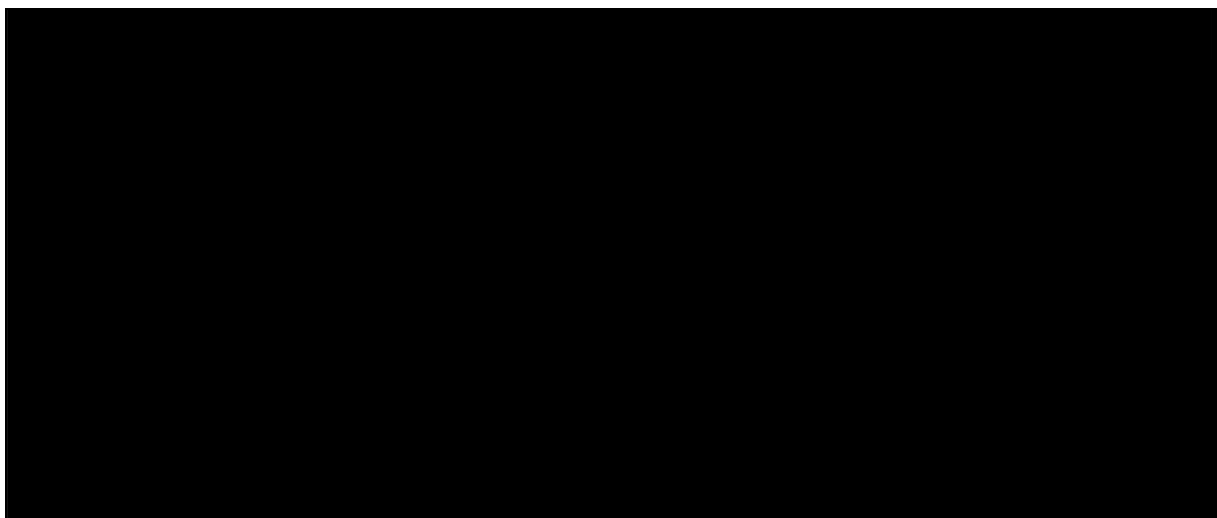
W rejestrach NFZ świadczenie „terapia elektrowstrząsowa” identyfikowane jest wg kodów ICD-9 jako:

████████████████████

██

Poniżej zamieszczono informacje o ilości wykonanych terapii elektrowstrząsowej wg rozpoznań wskazanych w zleceniu.

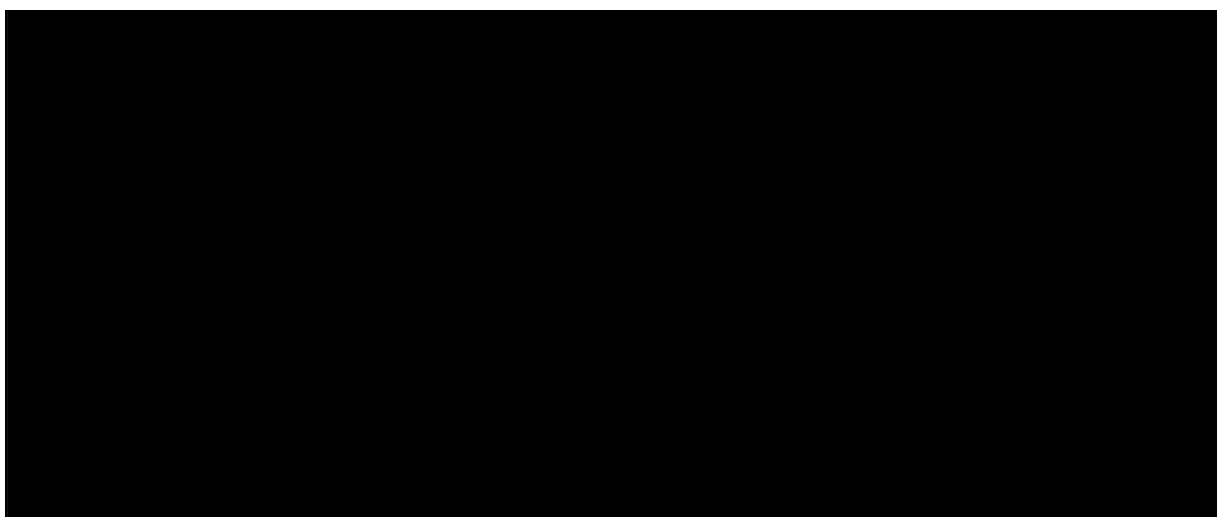
Tabela 11. Liczba przeprowadzonych zabiegów leczenia EW, dla każdej z wymienionych grup – dane z lat 2008 – 2010 oraz liczbę przeprowadzonych w tym czasie zabiegów EW razem, wg stanu na dzień 10.12.2010 r.



Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

Z przedstawionych danych wynika, że dla wymienionych w tabeli rozpoznań według ICD10, wykonano razem następującą liczbę zabiegów EW: w 2008 r. – [redacted] w 2009 r. – [redacted] w 2010 r. – [redacted]. W latach 2008-2010 najczęściej zabiegów wykonanych zostało dla rozpoznań: [redacted]

Tabela 12. Liczba zabiegów oraz liczba osób ogółem dla grupy ICD10: F06, F20, F22-F29, F30-F33, F38-F39 oraz wszystkie EW, wykonane w latach 2008-2010, wykazane w systemie informatycznym NFZ, wg stanu na dzień 10.12.2010 r.



Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

Ogółem liczba zabiegów leczenia elektrowstrząsami, w latach 2008-2010, wykazanych w systemie informatycznym NFZ wynosiła kolejno: [redacted] zabiegów, co w porównaniu do wyodrębnionej grupy wg ICD10: F06, F20, F22-F29, F30-F33, F38-F39, stanowi różnicę kolejno w latach o [redacted] zabiegów więcej niż w ustalonych rozpoznaniach z grupy F.

Liczba osób leczonych elektrowstrząsami ogółem, w latach 2008-2010, wykazanych w systemie informatycznym NFZ wynosiła natomiast kolejno: [REDACTED] osób, co w porównaniu do wyodrębnionej grupy wg ICD10: F06, F20, F22-F29, F30-F33, F38-F39, stanowi różnicę kolejno w latach o: [REDACTED] osób [REDACTED] niż w ustalonych rozpoznaniach z grupy F. Zatem liczba zabiegów i liczba osób w obu, zawartych w tabeli grupach, wskazuje na [REDACTED]

[REDACTED]

8.2. Dane uzyskane od świadczeniodawców

Schemat postępowania

Poniżej przedstawiono schematy postępowania w przypadku terapii elektrowstrząsami uzyskane z ZOZ.

Tabela 13. Schematy postępowania w poszczególnych szpitalach

| Szpital | | | | | | | |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Kwalifikacja do zabiegu | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| Cykl leczenia | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| Cykl terapii podtrzymującej | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |

⁴⁶ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDACTED]

⁴⁷ Dane uzyskane drogą elektroniczną ze [REDACTED]

⁴⁸ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDACTED]

⁴⁹ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDACTED]

⁵⁰ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDACTED]

⁵¹ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDACTED]

⁵² Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDACTED]

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZOZ-ów

Metryczka wykonanego zabiegu

Tabela 14. Tabela zawiera uśrednione wartości dla poszczególnych pozycji, bądź, jeśli nie było to możliwe do wykonania, zawiera dane z wybranego szpitala. Należy zaznaczyć, iż nie wszystkie szpitale podały konkretne dane, dlatego też poszczególne elementy tabeli nie dotyczą wszystkich szpitali.

| Grupa | Podgrupa | Ilość materiału zużytego/czas pracy | Wkład do kosztu jednostkowego (koszta uśrednione, PLN) |
|--|----------|-------------------------------------|--|
| Konsultacje oraz badania przeprowadzane w celu zakwalifikowania do zabiegu EW ¹ | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¹ jednorazowy koszt wstępnej kwalifikacji pacjenta do zabiegu EW

| | | | |
|-----------------|-------------------------------|------------|------------|
| Personel | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | |
| | [REDACTED] | | |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | Środki farmakologiczne | [REDACTED] | |
| [REDACTED] | | [REDACTED] | [REDACTED] |
| [REDACTED] | | | |

| | | | |
|------------------------------|------------|------------|------------|
| Materiały jednorazowe | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |

| | | | |
|----------------------------------|------------|--|------------|
| Środki dezynfekcyjne Inne | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |
| | [REDACTED] | | [REDACTED] |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZOZ-ów

Koszt jednostkowy świadczenia w poszczególnych szpitalach oraz udział świadczenia w całości procedur w ośrodku kosztów (dane z 2011)

Tabela 15. Koszt jednostkowy zabiegu EW w poszczególnych szpitalach

| Szpital | Koszt jednostkowy świadczenia [PLN] | Koszt leczenia jednego pacjenta (pełny cykl) PLN | Udział świadczenia w całości świadczeń wykonywanych w oddziale (%) |
|---------|-------------------------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZOZ-ów

Dane dotyczące kosztów osobodnia opieki oraz długości pobytu pacjentów w oddziałach

Tabela 16. Koszty osobodnia na przestrzeni lat 2008 – 2011 dla poszczególnych szpitali

| Szpital | Koszt osobodnia w 2008 roku | Koszt osobodnia w 2009 roku | Koszt osobodnia w 2010 roku | Koszt osobodnia w I połowie 2011 roku |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

⁵³ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁵⁴ Dane uzyskane drogą elektroniczną ze [redacted]

⁵⁵ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁵⁶ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁵⁷ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁵⁸ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁵⁹ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁶⁰ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁶¹ Dane uzyskane drogą elektroniczną ze [redacted]

⁶² Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁶³ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | ■ | ■ | ■ | ■ |
| | | | | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZOZ-ów

Ponieważ koszty leczenia pacjenta uzależnione są między innymi od czasu jego pobytu w szpitalu poniżej podano przykładowe dane.

Tabela 17. Informacje dot. długości pobytu w szpitalach, ilości zabiegów EW oraz kosztów leczenia w odniesieniu do poszczególnych rozpoznań w oddziałach

| Nazwa oddziału | Rozpoznanie | Długość pobytu w szpitalu | Ilość zabiegów EW | Koszty leczenia | |
|---------------------------------|--|---------------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| | | | | koszt całkowity | w tym koszt EW |
| o. zaburzeń psychiatrycznych | F-20 schizofrenia paranoidalna | ■ | ■ | ■ | ■ |
| o. psychiatrii wieku podeszłego | F-33 – zaburzenia depresyjne nawracające | ■ | ■ | ■ | ■ |
| o. chorób afektywnych | F-31 zaburzenia afektywne dwubiegunowe | ■ | ■ | ■ | ■ |
| o. diagnostyczno-obszerny | F-21 Zaburzenia schizoafektywne | ■ | ■ | ■ | ■ |
| o. ogólnopsychiatryczny | | ■ | ■ | ■ | ■ |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZOZ

Poniżej przedstawiono ilość zabiegów EW wykonanych w poszczególnych ZOZ. Dane te są istotne z uwagi na konieczność obliczenia wpływu na budżet świadczeniodawcy.

⁶⁴ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁶⁵ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

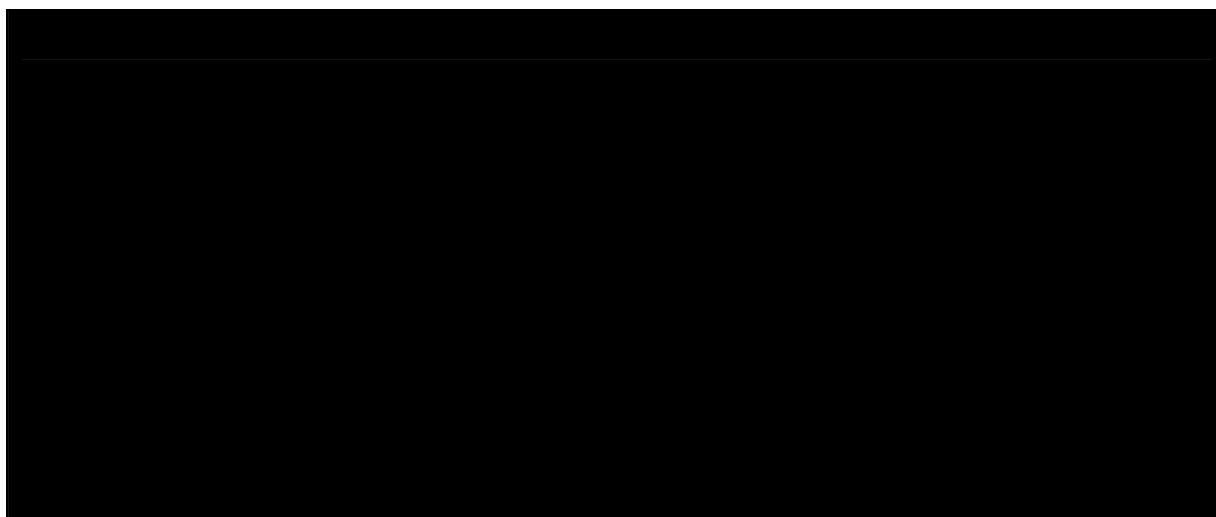
Tabela 18. Ilość zabiegów EW w roku 2009 i 2010 w poszczególnych ZOZ

| Szpital | Liczba EW w 2009 roku | | Liczba EW w 2010 roku | |
|---------|-----------------------|--|-----------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZOZ-ów

Dane te pokrywają się z danymi uzyskanymi w badaniu z roku 2005⁷³, tzn. [redacted]

[redacted]



Rysunek 5. Liczba pacjentów u których wykonano elektrowstrząsy w poszczególnych rozpoznaniach wg klasyfikacji ICD 10

⁶⁶ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁶⁷ Liczba dotyczy wszystkich EW wykonanych w ośrodku bez względu na wskazanie

⁶⁸ Dane uzyskane drogą elektroniczną ze [redacted]

⁶⁹ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁷⁰ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁷¹ Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁷² Dane uzyskane drogą elektroniczną z [redacted]

⁷³ D. Padlińska, G. Gazda, T. Sobów, R.T. Hese, I. Kłoszewska, Leczenie elektrowstrząsami w Polsce w 2005 roku – wyniki ankiety przeprowadzonej w polskich szpitalach psychiatrycznych, *Psychiatria Polska*, 2008, t. 42, nr 6, s. 825-839

Podsumowanie

1. Zgodnie z danymi przesłanymi przez ZOZ koszt osobodnia pobytu pacjenta w oddziale mieści się w przedziale od [redacted] do [redacted] średnio [redacted]
2. Koszt osobodnia wg NFZ na podstawie danych z ZOZ [redacted]
3. Koszt wykonania 1 świadczenia EW to koszt od [redacted] do ok. [redacted] średnio [redacted]
4. Długość pobytu pacjenta w oddziale [redacted] w zależności od wskazania oraz ZOZ
5. Średnia liczba zabiegów w cyklu leczenia [redacted]
6. Liczba pacjentów leczonych EW zgodnie ze wskazaniami wymienionymi w zleceniu MZ w stosunku do liczby wszystkich pacjentów leczonych w danym oddziale [redacted] [redacted]

Tabela 19. Analiza średnich kosztów osobodnia i EW wg NFZ oraz ZOZ

| Długość pobytu w szpitalu w dniach | średnia liczba zabiegów EW | koszty | koszty | różnica w wycenie osobodni [PLN] | Średnie koszty EW wg ZOZ [PLN] |
|------------------------------------|----------------------------|--|--|----------------------------------|--------------------------------|
| | | osobodnia wg średniej kwoty za osobodzień wg ZOZ [PLN] | osobodnia wg średniej kwoty za osobodzień wg NFZ [PLN] | | |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZOZ-ów

W analizie zamieszczonej powyżej przyjęto uśrednione wartości zarówno osobodni pobytu wg NFZ jak i ZOZ. Jeśli przyjmiemy założenie, że zabiegi EW wliczone zostały przez szpitale do ceny osobodnia pobytu pacjenta w oddziale to różnica pomiędzy ceną za pobyt pacjenta, liczoną na podstawie kosztów osobodnia wg ZOZ, a kwotą zapłaconą przez NFZ za leczenie tego pacjenta waha się od [redacted] do [redacted] na niekorzyść ZOZ.

Gdyby przyjąć założenie, że udział terapii EW ma niewielki wpływ na wycenę osobodnia pobytu pacjenta (patrz pkt. 6 podsumowania), różnica pomiędzy kosztami poniesionymi przez ZOZ w związku z leczeniem pacjenta a kwotą zapłaconą przez NFZ w niektórych przypadkach mogłaby osiągać wartość [redacted]

9. Analiza w pływ na budżet

9.1. Obliczenia wykonane przez NFZ⁷⁴

Obecnie zabiegi leczenia elektrowstrząsami są realizowane w psychiatrycznej opiece stacjonarnej, w ramach stawki za osobodzień pobytu, która jest różna, w zależności od profilu oddziału psychiatrycznego. W przypadku wprowadzenia odrębnie opłacanego świadczenia gwarantowanego: leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych, w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych, należy założyć przynajmniej [redacted] liczby wykonywanych zabiegów EW, od 2013 r. i kolejno [redacted] zabiegów EW w 2014 i 2015 r. oraz [redacted] w 2016 r. Kalkulacja kosztów powinna uwzględniać również liczbę osób, którym udzielane są zabiegi EW, średnią liczbę zabiegów wykonywanych jednej osobie oraz średni koszt zabiegu EW.

Biorąc pod uwagę liczbę 1 850 osób, zaproponowaną w zleceniu przesłanym z Ministerstwa Zdrowia do Agencji Oceny Technologii Medycznych, w tym osoby z : katatonią – 50, schizofrenią – 800, ciężką depresją 1000 oraz uwzględniając średnią liczbę 8 zabiegów u jednej osoby i podane wcześniej [redacted] liczby zabiegów EW o [redacted] szacunkowa wartość tych świadczeń w latach 2012 – 2016, łącznie wynosiłaby około [redacted]

Zakładając natomiast, na podstawie danych zawartych w systemie informatycznym NFZ, że EW zostaną wykonane dla [redacted] przy uwzględnieniu średnio [redacted] zabiegów dla jednej osoby i [redacted] świadczeń w okresie [redacted], podobnie, jak przy wcześniej szacowanych danych, to wartość tych świadczeń łącznie wynosiłaby około [redacted] dla [redacted] osób i około [redacted], dla [redacted] osób. Natomiast dla [redacted] osób wartość zabiegów EW wynosiłaby około [redacted]

Ponadto, ze względu na ograniczone środki finansowe, będące w dyspozycji płatnika, uzasadnione jest wskazanie konkretnego miejsca udzielania EW. Z danych zebranych z systemu informatycznego NFZ wynika, że ogółem, w latach 2008 – 2010 wykonanych zostało kolejno [redacted] zabiegów EW, a procedura elektrowstrząsów była realizowana w [redacted]. Świadczeniodawcy wskazali [redacted], kolejno w latach 2008 – 2010, w liczbie [redacted] zabiegów. W tym okresie, [redacted] wskazali na wykonanie, w latach 2008 – 2010 kolejno: [redacted] zabiegów EW. Natomiast zabiegi te były wykazywane w komórkach organizacyjnych o następujących kodach:

Tabela 20. Dane dotyczące wykonania zabiegów EW w komórkach organizacyjnych, zebrane z systemu informatycznego NFZ

| Kod komórki organizacyjnej | 2008 r. | 2009 r. | 2010 r. |
|----------------------------|------------|------------|------------|
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

⁷⁴ Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | ■ | |
| | | | ■ |
| | ■ | | |
| | ■ | ■ | ■ |
| | ■ | | ■ |
| | | | ■ |
| | | ■ | ■ |
| | ■ | | |
| | ■ | ■ | ■ |
| | ■ | ■ | ■ |
| | ■ | ■ | ■ |
| | ■ | ■ | ■ |

Źródło: Pismo Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

Kody resortowe komórek organizacyjnych:⁷⁵

[Redacted content]

Z uwagi na fakt, że zabiegi EW byłyby wykonywane jako świadczenie gwarantowane: leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych, w warunkach

⁷⁵ Dokument dostępny na stronie internetowej: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_1_2_kody_31082007.pdf (data dostępu 13.06.2011 r.)

stacjonarnych psychiatrycznych, Fundusz [REDAKTOWANE]
[REDAKTOWANE]

Założenia analityków

1. Na podstawie rejestrów NFZ leczonych EW ze wskazań wymienionych w zleceniu Ministra Zdrowia było:
 - a) w 2009 roku – [REDAKTOWANE]
 - b) w 2010 roku – [REDAKTOWANE]
2. Zgodnie ze zleceniem Ministra Zdrowia w podstawowych wskazaniach rocznie maksymalnie ok. 1850 osób będzie wymagało wykonania EW (stanowi to ponad 9-krotny wzrost w stosunku do liczby leczonych w 2010 roku)
3. Średnio koszt terapii obejmującej 10 zabiegów EW (bez kosztów pobytu pacjenta) wynosi ok. [REDAKTOWANE]

Trudności w oszacowaniu wpływu na budżet

1. Kwoty proponowane przez NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w oddziale są [REDAKTOWANE]
[REDAKTOWANE]
2. [REDAKTOWANE] liczby pacjentów leczonych EW w ciągu roku wydaje się mało prawdopodobny, zważywszy iż docelowo ma to być leczenie stosowane ze wskazań życiowych w ograniczonej liczbie wskazań
3. Dane za 2010 rok przekazane przez NFZ [REDAKTOWANE] w związku z czym nie jest do końca jasne czy liczba pacjentów leczonych EW będzie większa czy mniejsza w stosunku do 2009 roku
4. Liczba osób leczonych EW w kolejnych latach w pewien sposób będzie uzależniona od tego, w jaki sposób ostatecznie zostanie wycenione EW oraz od ostatecznej kwoty proponowane przez NFZ za osobodzień opieki nad pacjentem, i tak
 - a) w przypadku, gdy kwota za osobodzień pozostanie bez zmian a EW zostanie wycenione w kwocie przybliżonej do średniej wartości za ten zabieg wyliczonej przez świadczeniodawców – można spodziewać się niewielkiego wzrostu wykonania świadczeń
 - b) w przypadku zmniejszenia przez NFZ proponowanej kwoty za osobodzień, kosztem wyłonienia świadczenia EW jako osobno finansowanego niezależnie od jego wyceny – można spodziewać się zwiększenia wykonań EW.
5. Z danych NFZ wynika, iż EW wykonywane są w [REDAKTOWANE]
[REDAKTOWANE]
[REDAKTOWANE] Stąd wniosek o [REDAKTOWANE]
[REDAKTOWANE]. Z danych NFZ wynika iż w oddziałach o kodach [REDAKTOWANE] wykonywanych jest około [REDAKTOWANE] wszystkich świadczeń EW
6. Do tej pory rzadkością jest zwiększenie l. punktów za świadczenie oraz zwiększenie wyceny za punkt przez NFZ. Nie można jednak wykluczyć takich działań płatnika.

Wariant 1

1. Jak podstawę przyjęto dane NFZ dot. liczby leczonych EW tj. [REDAKTOWANE] osób
2. Roczny wzrost l. pacjentów leczonych EW o 5% w stosunku do roku poprzedniego

⁷⁶ Z informacji przekazanych z NFZ nie są to ostateczne dane z uwagi na nierozliczony 2010 rok.

- Średnia wyjściowa wycena EW za cykl 10 zabiegów [] oraz jej roczny wzrost o 0,5% przy niezmnieszonej kwocie za osobodzień.

Tabela 21. Wariant 1 analizy wpływu na budżet

| Warunki wyjściowe | 2012 rok | 2013 rok | 2014 rok | 2015 rok | 2016 rok |
|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| I. osób | [] | [] | [] | [] | [] |
| koszt terapii jednego pacjenta PLN | [] | [] | [] | [] | [] |
| przewidywana wartość świadczeń PLN | [] | [] | [] | [] | [] |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartym w piśmie Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

Wariant 2

- Za podstawę przyjęto szacunki zawarte w zleceniu Ministra Zdrowia tj. max 1850 rocznie
- Roczny wzrost I. pacjentów leczonych EW o 10% za podstawę przyjęto pierwszy rok funkcjonowania zmiany
- Średni koszt EW za cykl 10 zabiegów []

Tabela 22. Wariant 2 analizy wpływu na budżet

| Warunki wyjściowe | 2012 rok | 2013 rok | 2014 rok | 2015 rok | 2016 rok |
|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| I. osób | [] | [] | [] | [] | [] |
| koszt terapii jednego pacjenta PLN | [] | [] | [] | [] | [] |
| przewidywana wartość świadczeń PLN | [] | [] | [] | [] | [] |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartym w piśmie Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

Analiza wariantów przedstawionych przez NFZ

Wariant 1 NFZ

- Wyjściowa liczba pacjentów poddana EW – []
- [] liczby wykonanych zabiegów w 2013 roku – na potrzeby analizy przyjęto [] liczby pacjentów u których wykonano zabiegi
- [] liczby wykonanych zabiegów w 2014 i 2015 roku – na potrzeby analizy przyjęto [] [] liczby pacjentów u których wykonano zabiegi
- [] liczby wykonanych zabiegów w 2016 roku – na potrzeby analizy przyjęto [] liczby pacjentów u których wykonano zabiegi
- Średnia liczba zabiegów EW w cyklu – []
- Średnia cena jednego zabiegu []

Tabela 23. Wariant 1 NFZ

| Warunki wyjściowe | 2012 rok | 2013 rok | 2014 rok | 2015 rok | 2016 rok |
|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| I. osób | [] | [] | [] | [] | [] |
| koszt terapii jednego pacjenta PLN | [] | [] | [] | [] | [] |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| przewidywana wartość świadczeń PLN | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartym w piśmie Prezesa NFZ z dnia 2.03.2011 r.

Wariant 2 NFZ

1. Wyjściowa liczba pacjentów poddana EW –
2. Wzrost 40% liczby wykonanych zabiegów w ciągu
3. Średnia liczba zabiegów EW w cyklu –
4. Średnia cena jednego zabiegu

Zgodnie z informacją podaną przez autorów kalkulacji szacunkowa wartość świadczeń w latach 2012 – 2016 łącznie wynosiłaby około

10. Opinie ekspertów

Tabela 24. Opinie ekspertów dotyczące Leczenia elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych

| [Redacted] | | | | |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Argumenty za finansowaniem EW | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] |
| | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] |

77 Opinia [Redacted] z dnia 29.04.2011 r.

78 Opinia [Redacted] z dnia 05.04.2011 r.

79 Opinia [Redacted] z dnia 27.04.2011 r.

80 Opinia [Redacted] z dnia 28.04.2011 r.

| | | | | |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | |
| Argumenty przeciw finansowaniu EW | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | | | | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie opinii ekspertów

11. Podsumowanie

Uzyskanie pozytywnej rekomendacji w sprawie zakwalifikowania przedmiotowego świadczenia jako gwarantowanego umożliwi wpisanie go do wykazu świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych określonego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.⁸¹

[REDACTED]

Poniżej stanowiska ekspertów w kwestii finansowania EW ze środków publicznych:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

⁸¹ Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2010 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych*, jako świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

⁸² Pismo NFZ z dnia 02.03.2011 r.

⁸³ Opinia [REDACTED] z dnia 29.04.2011 r.

⁸⁴ Opinia [REDACTED] z dnia 05.04.2011 r.

⁸⁵ Opinia [REDACTED] z dnia 27.04.2011 r.

⁸⁶ Opinia [REDACTED] z dnia 28.04.2011 r.

Załączniki:

- Załącznik nr 1. Skan zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 13.04.2011 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych z warunkach stacjonarnych psychiatrycznych*, jako świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- Załącznik nr 2. Skan zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2010 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych z warunkach stacjonarnych psychiatrycznych*, jako świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- Załącznik nr 3. Skan opinii [REDAKTED] z dnia 29.04.2011 r.
- Załącznik nr 4. Skan opinii [REDAKTED] z dnia 05.04.2011 r.
- Załącznik nr 5. Skan opinii [REDAKTED] z dnia 27.04.2011 r.
- Załącznik nr 6. Skan opinii [REDAKTED] z dnia 28.04.2011 r.
- Załącznik nr 7. Skan pisma do Ministra Zdrowia [REDAKTED] z dnia 24.11.2011 r.
- Załącznik nr 8. J. Greenhalgh, C. Knight, D. Hind, D. Beverley, S. Walters, Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, katatonia and mania: systematic review and economic modelling studies, *Health Technol Assess.* 2005
- Załącznik nr 9. P. Tharyan, C.E. Adams, Electroconvulsive therapy for schizofrenia, The Cochrane Collaboration, 2009
- Załącznik 10. Skan pisma NFZ z 02.03.2011 r.
- Załącznik nr 11. Etapy wyszukiwania dowodów naukowych w ramach przeglądu systematycznego
- Załącznik nr 12. Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDAKTED]
- Załącznik nr 13. Dane uzyskane drogą elektroniczną ze [REDAKTED]
- Załącznik nr 14. Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDAKTED]
- Załącznik nr 15. Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDAKTED]
- Załącznik nr 16. Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDAKTED]
- Załącznik nr 17. Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDAKTED]
- Załącznik nr 18. Dane uzyskane drogą elektroniczną z [REDAKTED]
- Załącznik nr 19. Informacja uzyskana drogą elektroniczną z [REDAKTED]
- Załącznik nr 20. Informacja uzyskana drogą elektroniczną z [REDAKTED]
- Załącznik nr 21. Skan zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2010 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia *Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych z warunkach stacjonarnych psychiatrycznych*, jako świadczenia gwarantowanego

realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

- Załącznik nr 22. Załącznik nr 1 określający wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia

Spis tabel i rycin:

Spis tabel:

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Dokładny opis świadczenia | 6 |
| Tabela 2. Informacje zaczerpnięte z opinii ekspertów klinicznych..... | 19 |
| Tabela 3. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: organiczne zaburzenia urojeniowe /podobne dla schizofrenii/-F06.2, oraz organiczne zaburzenia nastroju /afektywne/-F06.3 | 25 |
| Tabela 4. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: schizofrenia-F20 oraz uporczywe zaburzenia urojeniowe-F22 | 26 |
| Tabela 5. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne-23 oraz indukowane zaburzenia urojeniowe-F24 | 27 |
| Tabela 6. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: zaburzenia schizoafektywne-F24, oraz inne nieorganiczne zaburzenia psychotropowe-F28..... | 28 |
| Tabela 7. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: nieokreślona psychoza nieorganiczna-F29, oraz epizod maniakalny-F-30..... | 29 |
| Tabela 8. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: zaburzenia afektywne dwubiegunowe-F31 oraz epizod depresyjny-F32..... | 30 |
| Tabela 9. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: zaburzenie depresyjne nawracające-F33 oraz inne zaburzenia nastroju (afektywne)-F38..... | 31 |
| Tabela 10. Dane dot. liczby pacjentów leczonych z rozpoznaniem: zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone-F39..... | 32 |
| Tabela 11. Liczba przeprowadzonych zabiegów leczenia EW, dla każdej z wymienionych grup – dane z lat 2008 – 2010 oraz liczbę przeprowadzonych w tym czasie zabiegów EW razem, wg stanu na dzień 10.12.2010 r..... | 40 |
| Tabela 12. Liczba zabiegów oraz liczba osób ogółem dla grupy ICD10: F06, F20, F22-F29, F30-F33, F38-F39 oraz wszystkie EW, wykonane w latach 2008-2010, wykazane w systemie informatycznym NFZ, wg stanu na dzień 10.12.2010 r. | 40 |
| Tabela 13. Schematy postępowania w poszczególnych szpitalach | 42 |
| Tabela 14. Tabela zawiera uśrednione wartości dla poszczególnych pozycji, bądź, jeśli nie było to możliwe do wykonania, zawiera dane z wybranego szpitala. Należy zaznaczyć, iż nie wszystkie szpitale podały konkretne dane, dlatego też poszczególne elementy tabeli nie dotyczą wszystkich szpitali. | 43 |
| Tabela 15. Koszt jednostkowy zabiegu EW w poszczególnych szpitalach | 47 |
| Tabela 16. Koszty osobodnia na przestrzeni lat 2008 – 2011 dla poszczególnych szpitali..... | 47 |
| Tabela 17. Informacje dot. długości pobytu w szpitalach, ilości zabiegów EW oraz kosztów leczenia w odniesieniu do poszczególnych rozpoznań w oddziałach | 48 |
| Tabela 18. Ilość zabiegów EW w roku 2009 i 2010 w poszczególnych ZOZ | 49 |
| Tabela 19. Analiza średnich kosztów osobodnia i EW wg NFZ oraz ZOZ | 50 |
| Tabela 20. Dane dotyczące wykonania zabiegów EW w komórkach organizacyjnych, zebrane z systemu informatycznego NFZ..... | 51 |
| Tabela 21. Wariant 1 analizy wpływu na budżet | 54 |
| Tabela 22. Wariant 2 analizy wpływu na budżet | 54 |
| Tabela 23. Wariant 1 NFZ | 54 |
| Tabela 24. Opinie ekspertów dotyczące Leczenia elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych | 56 |

Spis rycin:

| | |
|---|----|
| Rysunek 1. Wykres zbiorczy przedstawiający epidemiologię na przestrzeni lat 2008-2010, dotyczącą rozpoznań: organiczne zaburzenia urojeniowe /podobne dla schizofrenii/-F06.2, organiczne zaburzenia nastroju /afektywne/-F06.3, schizofrenia-F20 oraz uporczywe zaburzenia urojeniowe-F22..... | 26 |
| Rysunek 2. Wykres zbiorczy przedstawiający epidemiologię na przestrzeni lat 2008-2010, dotyczącą rozpoznań: ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne-23, indukowane zaburzenia urojeniowe-F24, zaburzenia schizoafektywne-F24, oraz inne nieorganiczne zaburzenia psychotropowe-F28 | 28 |
| Rysunek 3. Wykres zbiorczy przedstawiający epidemiologię na przestrzeni lat 2008-2010, dotyczącą rozpoznań: nieokreślona psychoza nieorganiczna-F29, epizod maniakalny-F-30, zaburzenia afektywne dwubiegunowe-F31 oraz epizod depresyjny-F32..... | 30 |
| Rysunek 4. Wykres zbiorczy przedstawiający epidemiologię na przestrzeni lat 2008-2010, dotyczącą rozpoznań: zaburzenie depresyjne nawracające-F33, inne zaburzenia nastroju (afektywne)-F38 oraz zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone-F39 | 32 |
| Rysunek 5. Liczba pacjentów u których wykonano elektrowstrząsy w poszczególnych rozpoznaniach wg klasyfikacji ICD 10 | 49 |