



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 25/2019 z dnia 19 lutego 2019 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program**  
**Zdrowotny w zakresie zapobiegania depresji wśród dzieci**  
**i młodzieży szkolnej” realizowanego przez województwo**  
**mazowieckie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny Program Zdrowotny w zakresie zapobiegania depresji wśród dzieci i młodzieży szkolnej”.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Należy podkreślić, że obecnie realizowane są programy polityki zdrowotnej o zasięgu krajowym tj.: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022 oraz Program Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020. Interwencje zaplanowane w ramach opiniowanego programu pozostają spójne z działaniami realizowanymi w ramach ww. programów ogólnopolskich oraz znajdują odzwierciedlenie w aktualnych wytycznych w zakresie zapobiegania depresji wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Jednakże zaplanowane działania zostały opisane w sposób zbyt ogólny i wymagają doprecyzowania. Ponadto program powinien uwzględniać głównie interwencje o charakterze profilaktycznym, a nie diagnostycznym. Należy również zwrócić uwagę, że program powinien zapewnić kompleksową opiekę nad pacjentem i wskazać ścieżkę postępowania także po zakończeniu udziału w programie. Dodatkowo należy podkreślić, że liczebność populacji, która ma zostać włączona do programu jest niewielka, zatem realizacja projektu może nie przełożyć się na osiągnięcie zaplanowanego celu głównego oraz uzyskanie efektów zdrowotnych w populacji. Populacja docelowa programu wymaga również weryfikacji pod kątem wieku uczestników programu zgodnie z odnalezionymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Powyższe kwestie, jak również uwagi do pozostałych elementów programu uniemożliwiają wydanie pozytywnej opinii Prezesa Agencji.

Poniżej przedstawiono uwagi odnoszące się do poszczególnych elementów programu.

Niektóre cele programowe wymagają przeformułowania zgodnie z koncepcją SMART. Należy także uzupełnić mierniki efektywności, tak aby umożliwiły zarówno ilościową jak i jakościową ocenę stopnia realizacji celów.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach NFZ oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia.



Monitorowanie programu zostało zaplanowane poprawnie. Natomiast ewaluacja programu wymaga doprecyzowania zgodnie z uwagami w niniejszej opinii. W ramach oceny efektywności programu zasadna jest ocena stanu pacjenta także po zakończeniu udziału w programie.

Budżet programu wymaga weryfikacji w odniesieniu do kosztów działań edukacyjnych.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 5 347 375 zł, zaś okres realizacji obejmuje lata 2019-2022.

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

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

#### Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego dotyczącego zapobiegania depresji wśród dzieci i młodzieży. Przedstawiono informacje dotyczące depresji, jej objawów, przyczyn oraz zaburzeń często współwystępujących z depresją, jak również przedstawiono sposoby jej leczenia.

Opiniowany program realizuje następujący priorytet: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 469).

W treści projektu przedstawiono ogólnoswiatowe, ogólnopolskie oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondujące z analizowanym problemem zdrowotnym. Dane dotyczące odsetka dzieci i młodzieży wykazującego zaburzenia psychiczne, w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej, są podobne w wielu krajach i oscylują w granicach 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych, w 2016 roku w województwie mazowieckim odnotowano 0,35 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji, co stanowiło 0,92% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby psychiczne. W woj. mazowieckim odnotowano 4 najmniejszą liczbę hospitalizacji na 100 tys. dzieci.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „wzrost wykrywalności zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży szkolnej, na terenie województwa mazowieckiego, uczestniczących w programie w latach 2019-2022”. Dodatkowo zdefiniowano 4 cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie dostępności do badań przesiewowych w kierunku depresji, na terenie województwa mazowieckiego w latach 2019-2022”;
- (2) „wzrost poziomu wiedzy na temat problematyki zaburzeń depresyjnych wśród uczestników programu”;
- (3) „wzrost poziomu wiedzy na temat dostępnych świadczeń medycznych w zakresie leczenia depresji wśród uczestników programu”;
- (4) „wzrost wiedzy i umiejętności z zakresu diagnozy depresji oraz psychoterapii depresji wybranych grup zawodowych”.

W przypadku zaproponowanych założeń nie oszacowano wartości docelowych, jakie zamierza się osiągnąć w ramach realizacji programu. Tym samym cele programu nie są w pełni zgodne z regułą SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie i wymagają korekty.

W programie przedstawiono 19 mierników efektywności, które odnoszą się do wszystkich celów programu. Jednakże, niektóre mierniki nie odnoszą się bezpośrednio do celów programu:

- „liczba podmiotów, w których została udostępniona informacja o możliwości udziału w programie”,
- „łączna liczba osób aplikujących do programu w danym roku”,
- „łączna liczba osób, które zakwalifikowano do udziału w programie w danym roku”,
- „łączna liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie w danym roku”,
- „łączna liczba osób, dla których przeprowadzono działania informacyjno-edukacyjne”,
- „liczba dzieci i młodzieży, dla których przeprowadzono działania informacyjno-edukacyjne”,
- „liczba rodziców/opiekunów prawnych i innych osób z najbliższego otoczenia uczestnika programu, dla których przeprowadzono działania informacyjno-edukacyjne”.

Natomiast wskaźniki: „liczba przeprowadzonych działań informacyjno-szkoleniowych dla personelu medycznego, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracowników oświaty, kadry pedagogicznej, pracowników kuratoriów, pracowników ośrodków pomocy społecznej, policjantów i innych służb mundurowych” oraz „liczba osób, którym przeprowadzono działania informacyjno-szkoleniowe dla powyższych grup” nie będą miarodajne w kontekście celu dotyczącego wzrostu wiedzy i umiejętności z zakresu diagnozy depresji, ponieważ sama liczba spotkań czy liczba osób w nich uczestniczących nie wpływa bezpośrednio na przyswojenie informacji. Niemniej jednak w projekcie zaplanowano sprawdzenie wiedzy przed i po udziale w programie za pomocą ankiety, a zatem możliwe będzie obiektywne i precyzyjne zmierzenie stopnia realizacji celów odnoszącym się do edukacji. Natomiast w projekcie nie zaproponowano wskaźników pozwalających ocenić w sposób jakościowy efekty zdrowotne/medyczne programu, co wymaga uzupełnienia.

#### Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do dzieci i młodzieży szkolnej uczęszczających do szkół podstawowych, gimnazjów, zasadniczych szkół zawodowych, liceów ogólnokształcących, techników oraz branżowych szkół I stopnia z terenu województwa mazowieckiego. Łączna liczba osób uczęszczających do ww. szkół zgodnie z informacjami przedstawionymi w projekcie wynosi 684 069, co jest zbliżone do danych GUS. W projekcie zaznaczono, że w związku z zaplanowanym budżetem możliwe będzie objęcie działaniami 8 394 osób (ok. 1% populacji docelowej).

Rekomendacje potwierdzają zasadność stosowania badań przesiewowych w kierunku wykrywania depresji u dzieci powyżej 11 r.ż. (NICE 2017) lub 12 r.ż. (AAP 2018, USPSTF 2016). Natomiast w odniesieniu do dzieci w wieku 11 lat i młodszych, zgodnie z rekomendacjami USPSTF 2016, dostępne dowody naukowe są niewystarczające do oceny korzyści i szkód związanych ze skryningiem w kierunku dużej depresji. Rekomendacje RACGP 2017 wskazują na możliwość wykonywania skryningu przeprowadzanego za pomocą kwestionariuszy w populacji dzieci już od 7 r.ż., przy czym zaznaczają, że liczba dostępnych narzędzi jest ograniczona.

W projekcie określono kryteria kwalifikacji do programu: zamieszkiwanie na terenie województwa mazowieckiego, uczęszczanie dziecka do szkoły, wyrażenie świadomej zgody na udział w programie (w przypadku dzieci do 18 r.ż. druk wypełniony będzie przez rodzica/opiekuna prawnego) oraz oświadczenie dotyczące niekorzystania z innego analogicznego projektu finansowanego ze środków EFS. Zgodnie z dołączonym do projektu formularzem zgody wykluczone z programu będą osoby, które korzystają w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez NFZ.

W projekcie nie doprecyzowano, w jaki sposób potencjalni uczestnicy będą mogli zgłaszać się do programu. Wskazano jedynie, że rekrutacja ma odbywać się w szkołach. O włączeniu do programu zdecyduje kolejność zgłoszeń.

Odnosząc się do planowanej liczby uczestników programu należy podkreślić, iż objęcie programem tylko niewielkiego odsetka populacji może nie przełożyć się na osiągnięcie zaproponowanego celu głównego programu i uzyskanie efektów zdrowotnych w populacji. Mając na uwadze wytyczne kliniczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku wykrywania depresji u dzieci należy zweryfikować kryterium wiekowe udziału w programie. Ponadto w ramach programu nie oszacowano liczby rodziców/opiekunów prawnych oraz wybranych grup zawodowych, dla których przewidziano działania edukacyjne. Wszystkie powyższe kwestie wymagają uzupełnienia.

### Interwencja

W ramach programu zaplanowano następujące interwencje:

- badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji;
- konsultację ze specjalistą dla uczestników, którzy uzyskają pozytywny wynik w badaniu przesiewowym;
- działania informacyjno-edukacyjne dla dzieci i młodzieży;
- fakultatywne działania informacyjno-szkoleniowe dla wybranych grup zawodowych.

Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji prowadzone będzie przez jednego ze specjalistów: magister psychologii, magister psychologii klinicznej psychoterapeutę, psychiatrę, psychiatrę dzieci i młodzieży, lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży. W zakresie narzędzi możliwych do wykorzystania w ramach skryningu wymieniono: kwestionariusz zdrowia pacjenta PHQ-9 (dostępna jest wersja PHQ-A skierowana do dzieci w wieku 11-17 lat – przypis analityka), skalę depresji Becka, skalę samooceny depresji Zunga, skalę depresji CES-D oraz skalę oceny depresji Hamiltona.

Część z zaproponowanych w projekcie kwestionariuszy (PHQ-9, skala depresji Becka, skala depresji CES-D) znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach i dowodach naukowych. W przypadku dzieci młodszych RACGP 2017 rekomenduje np. kwestionariusz MFQ (Mood Feeling Questionnaire) – dla dzieci w wieku 8 lat i starszych oraz kwestionariusz CDI 2 (Children Depression Inventory 2) – dla dzieci w wieku 7 lat i starszych. Rekomendacje NICE 2017 wskazują natomiast, że profesjonaliści medyczni, którzy specjalizują się w leczeniu depresji u dzieci powinni mieć możliwość przeprowadzenia wywiadu z pacjentem przy użyciu narzędzi takich jak K-SADS (Kiddie-Sads Interwiew) czy CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment). W projekcie nie przewidziano zastosowania żadnych z ww. narzędzi skierowanych do najmłodszych dzieci.

Ponadto w projekcie programu nie doprecyzowano, czy badanie przesiewowe będzie prowadzone przy użyciu jednakowego kwestionariusza dla wszystkich uczestników, czy też kwestionariusz zostanie dostosowany do badanej grupy wiekowej. Należy mieć na uwadze, że niektóre kwestionariusze (np. PHQ-9) przeznaczone do samodzielnego wykonania przez osobę badaną nie będą mogły być zrealizowane wśród najmłodszych dzieci.

Każdy uczestnik, który uzyskał pozytywny wynik w badaniu przesiewowym weźmie udział w indywidualnej konsultacji ze specjalistą (lekarzem ze specjalizacją z zakresu psychiatrii, psychiatrą lub psychiatrą dzieci i młodzieży), w celu przeprowadzenia wywiadu pogłębionego. Powyższe podejście jest zgodne z rekomendacjami AAP 2018 i RACGP 2017.

Podczas konsultacji ze specjalistą zostanie postawiona diagnoza lub zostanie zalecone dalsze badanie z zastosowaniem wystandaryzowanych klinicznych narzędzi oceny stanu psychicznego, już poza programem. Wytyczne wskazują, że istotnym elementem diagnostyki jest zebranie wywiadu rodzinnego (AAP 2018, NICE 2017, RACGP 2017). Osoby poniżej 18 r.ż. odbędą wizytę w obecności rodzica/opiekuna prawnego. Należy zaznaczyć, że niektóre rekomendacje (AAP 2018) wskazują, żeby umożliwić pacjentowi odbycie wizyty na osobności.

Działania informacyjno-edukacyjne będą obligatoryjnym elementem programu dla każdego uczestnika. Z zapisów projektu wynika, że edukacja będzie mogła objąć także rodziców/opiekunów prawnych dzieci, jednak nie przedstawiono szczegółowych informacji w tym zakresie i nie uwzględniono tych działań w kosztorysie programu. Wskazano osobę odpowiedzialną za prowadzenie edukacji, tematykę i formę zajęć oraz liczebność grup. Przekazywana wiedza ma być dostosowana do odpowiednich grup wiekowych, jednak w projekcie nie wskazano konkretnych grup wiekowych. W projekcie zaplanowano sprawdzenie poziomu wiedzy przy zastosowaniu badań ankietowych przed wdrożeniem planowanych działań edukacyjnych oraz po ich realizacji, co należy uznać za zasadne.

Programy edukacyjne promujące zdrowie psychiczne oraz nakierowane na tematykę depresji są zalecane przez towarzystwa naukowe (AAP 2018, NICE 2017, EPA 2012). Rekomendacje NICE 2017 wskazują, że przekazywana wiedza powinna być dostosowana do wieku odbiorcy i powinna przedstawiać etiologię, przebieg oraz zasady leczenia depresji, włączając w to informację dotyczącą skutków ubocznych stosowania leków.

W programie przewidziano również działania informacyjno-szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wybranych grup zawodowych (personelu medycznego, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracowników oświaty, kadry pedagogicznej, pracowników kuratoriów, pracowników ośrodków pomocy społecznej, policjantów i innych służb mundurowych). Wskazano tematykę oraz osobę odpowiedzialną za prowadzenie zajęć, jednak nie odniesiono się do liczby spotkań i liczebności grup.

Szkolenie personelu medycznego w kierunku diagnostyki i leczenia depresji oraz zaproponowana tematyka są zgodne z rekomendacjami AAP 2018 i NICE 2017.

Oceniany projekt zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (świadczenia terapeutyczne, m.in. porada lekarska diagnostyczna/terapeutyczna/kontrolna, niezbędne badania diagnostyczne, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin). Program wydaje się być spójny merytorycznie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Ponadto projekt po części powiela interwencje realizowane w ramach Programu Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020 realizowanego przez Ministra Zdrowia w zakresie edukacji społeczeństwa. Wartością dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych i/lub objętych programami realizowanymi przez Ministra są szkolenia dla wybranych grup zawodowych.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

W ramach oceny zgłaszalności do programu analizowane będą: „łączna liczba osób aplikujących do programu w danym roku”, „łączna liczba osób, które zakwalifikowano do udziału w programie w danym roku” oraz „łączna liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie w danym roku”, co należy uznać za zasadne.

Ocena jakości świadczeń także została zaplanowana poprawnie i będzie się opierać na analizie wyników ankiety satysfakcji skierowanej do rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w programie. Dodatkowo uczestnicy oraz ich rodzice/opiekunowie prawni będą mieli możliwość zgłaszania uwag do programu.

W ramach ewaluacji realizator będzie zobowiązany do przedłożenia sprawozdań rocznych oraz jednorazowo, po zakończeniu programu sprawozdania końcowego ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu. Zgodnie z zapisami projektu, na podstawie analizy raportów rocznych oraz końcowego, możliwe będzie podjęcie decyzji o aktualizacji i realizacji programu w kolejnych latach lub jego zawieszeniu. Ocena efektywności świadczeń ma odbywać się w oparciu o przytoczone mierniki efektywności, m.in. „liczbę osób, u których wykonano badanie przesiewowe w kierunku depresji”, „liczbę osób, u których zdiagnozowano depresję”, „liczbę osób, u których odnotowano wzrost znajomości problematyki zaburzeń depresyjnych”, „liczbę osób, u których wzrósł poziom

wiedzy na temat dostępnych świadczeń medycznych w zakresie leczenia depresji”. Należy zaznaczyć, że ewaluacja powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów, co zostało uwzględnione w ocenianym projekcie. Jednakże w ramach ewaluacji należałoby uwzględnić nie tylko wskaźniki o charakterze ilościowym, ale także mierniki jakościowe umożliwiające ocenę efektów zdrowotnych /medycznych (np. wskaźniki epidemiologiczne dotyczące zachorowalności na depresję przed i po realizacji programu, wskaźniki dotyczące jakości życia itp.).

#### Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Projekt zawiera opis etapów i organizacji programu. Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej dotyczącej realizacji programu. Przedstawiono ogólne informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, które należałoby uszczegółwić.

Zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym etapie jego realizacji, a uczestnikowi programu, zostaną przedstawione informacje nt. podmiotów/jednostek, w których może otrzymać pomoc w zakresie zaburzeń depresyjnych, w szczególności w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 5 347 375 zł. Koszt jednostkowy wynosi 637,78 zł, a jego składowe obejmują koszty: kwalifikacji uczestnika do programu (63,71 zł), badania przesiewowego w kierunku wykrycia depresji (109,91 zł), konsultacji ze specjalistą (167,56 zł), działań informacyjno-edukacyjnych (100,93 zł), fakultatywnych działań informacyjno-szkoleniowych dla wybranych grup zawodowych (89,37 zł) oraz koszty pośrednie (106,30 zł). Powyższe kwoty oszacowano na podstawie analizy wycen przygotowanych m.in. przez jednostki samorządu terytorialnego z terenu Mazowsza, szpitale o profilu psychiatrycznym i Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. W oszacowaniu kosztu jednostkowego nie uwzględniono jednak kosztu edukacji rodziców/opiekunów prawnych. Nie określono wysokości kosztów bezpośrednich i pośrednich projektu.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

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

##### Problem zdrowotny

Problem zdrowotny dotyczy zapobiegania depresji wśród dzieci i młodzieży. Depresja jest jedną z najczęściej występujących chorób psychicznych, należących do grupy zaburzeń afektywnych. Do najczęstszych objawów należą: znacząco obniżony nastrój, zdecydowanie obniżenie napędu psychoruchowego oraz zaburzenia rytmów okołodobowych i często występujące lęki.

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

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

##### Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386 z późn. zm.) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin.

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

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

W ramach wskazanej opieki pacjentom bezpłatnie przysługują:

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

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

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

Kolejnym programem realizowanym na szczeblu krajowym jest Program Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020. Głównym celem programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu odbywa się na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmują: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju; promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania (depresja poporodowa, depresja młodzieńcza, depresja osób w podeszłym wieku). Program ten jest skierowany od dzieci i młodzieży do 19 r.ż., do kobiet po urodzeniu dziecka oraz do osób starszych po 65 r.ż.

#### Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017), U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2016), American Academy of Pediatrics (AAP 2018), Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2017).

W odniesieniu do prowadzenia badań przesiewowych rekomenduje się skryning w kierunku wykrycia dużej depresji (MDD – Major Depressive Disorder) u młodzieży w wieku 12-18 lat. Skryning powinien być zaimplementowany w taki sposób, który umożliwi postawienie diagnozy i wdrożenie efektywnego leczenia. Obecnie dostępne dowody naukowe są niewystarczające do oceny korzyści i szkód związanych ze skryningiem w kierunku dużej depresji u dzieci w wieku 11 lat i młodszych (USPSTF 2016).

Dzieci w wieku 11 lat (NICE 2017)/12 lat (AAP 2018) i starsi powinni być poddani badaniu przesiewowemu w kierunku wykrycia depresji, przy użyciu kwestionariusza przeznaczonego do samodzielnego wypełnienia.

Osoby, które uzyskały w teście diagnostycznym wynik pozytywny (niezależnie czy był to skryning populacyjny czy oportunistyczny) oraz osoby, u których obserwuje się zaburzenia emocjonalne lub u których występuje duże ryzyko wystąpienia depresji, mimo uzyskania wyniku negatywnego

w badaniu przesiewowym, powinny być zbadane przez lekarza. Klinicyści powinni ocenić objawy wskazujące na depresję zgodnie z kryteriami zawartymi w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) lub kryteriami ICD-10 i przeprowadzić badanie pacjenta przy użyciu wystandaryzowanych narzędzi (jeśli nie zostały wykonane na etapie skryningu) (AAP 2018).

Skale i wystandaryzowane wywiady oparte na klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 są narzędziami powszechnie wykorzystywanymi w skryningu i ocenie występowania depresji u dzieci. Liczba kwestionariuszy dla dzieci poniżej 12 r.ż. jest ograniczona. Rekomenduje się, np. kwestionariusz MFQ (Mood Feeling Questionnaire) – dla dzieci w wieku 8 lat i starszych oraz kwestionariusz CDI 2 (Children Depression Inventory 2) – dla dzieci w wieku 7 lat i starszych (RACGP 2017).

Profesjonaliści medyczni, którzy specjalizują się w leczeniu depresji powinni mieć możliwość przeprowadzenia wywiadu z pacjentem przy użyciu narzędzi takich jak K-SADS (Kiddie-Sads Interwiew) czy CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment) (NICE 2017).

Występuje kilka narzędzi skryningowych możliwych do wykorzystania w podstawowej opiece zdrowotnej. Dwa najczęściej wykorzystywane to kwestionariusz PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) oraz skala depresji Becka (BDI – Beck Depression Inventory) (USPSTF 2016).

W zakresie szkoleń personelu medycznego klinicyści powinni być zachęceni do odbywania szkoleń z zakresu diagnostyki i leczenia depresji (AAP 2018, NICE 2017).

Szkolenie powinno obejmować ocenę czynników ryzyka, takich jak: wiek; płeć; nieporozumienia rodzinne; znęcanie się; nadużycia fizyczne, seksualne i emocjonalne; choroby współistniejące (w tym stosowanie narkotyków i alkoholu); występowanie depresji u rodziców. Ponadto powinno się szkolić w kierunku wykrywania czynników odnoszących się do: bezdomności, posiadania statusu uchodźcy, życia w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (NICE 2017).

Profesjonaliści medyczni w podstawowej opiece zdrowotnej, szkołach i innych jednostkach powinni być zaznajomieni z metodami przesiewowymi w kierunku wykrywania zaburzeń nastroju (NICE 2017).

Ponadto Biuro Analiz Sejmowych (BAS 2014) wskazuje, iż chcąc wzmacniać zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, należy przede wszystkim:

- wspierać rodziny – zarówno na poziomie kompetencji wychowawczych, ochrony zdrowia psychicznego rodziców, jak też stosując regulacje prawne umożliwiające rodzicom spędzanie większej ilości czasu ze swoimi dziećmi, by relacje rodzinne oparte na skutecznej komunikacji, monitoringu i wzajemnym wsparciu stanowiły czynnik chroniący zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży;
- wspierać szkoły – dbać o odpowiednie przygotowanie kadry pedagogicznej do wzmacniania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz stwarzać odpowiednie warunki do pracy (mniejsze szkoły, mniej liczne klasy, odpowiedni klimat i etos szkoły);
- pracować z dziećmi i młodzieżą nad podnoszeniem ich umiejętności życiowych, umożliwiających efektywne radzenie sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia; szczególnie ważne jest uczenie prawidłowego porozumiewania się i umiejętności interpersonalnych, podejmowania decyzji i krytycznego myślenia, radzenia sobie ze stresem i kierowania emocjami, a także budowanie poczucia własnej wartości i pozytywnej samooceny;
- zapobiegać dyskryminacji osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego (BAS 2014).

W przeglądzie systematycznym Cuijpers 2006 dotyczącym psychologicznej terapii u dzieci w wieku 7-18 lat, wyłonionych w badaniach przesiewowych (prowadzonych przy użyciu kwestionariuszy, np. CES-D) w szkołach, wskazano, że zmetaanalizowany efekt interwencji (8 badań, 12 interwencji) wyniósł  $SDM=0,578$  (95%CI 0,372-0,783), można zatem uznać, że był w przedziale między umiarkowanym a dużym. NNS (Number Needed to Screen) wyliczone z 4 badań (8 interwencji), które prezentowały potrzebne dane, został oszacowany na 31 (95% CI 27-32). Zatem zgodnie z wynikami



przeglądu, w celu zdiagnozowania i wdrożenia leczenia 1 przypadku depresji należy poddać badaniom przesiewowym 31 osób. Autorzy publikacji wnioskują, że badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania. Wyrażają równocześnie obawy, że niezbadane są ujemne efekty takiego postępowania, głównie możliwość stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych. Przed rutynowym zastosowaniem tego typu postępowania należy dokładniej zbadać długofalowe efekty programu, efekty możliwe do osiągnięcia w rzeczywistej praktyce i jego kosztową efektywność.

W ramach odnalezionych publikacji (Calear 2009, Merry 2007) badano: programy uniwersalne (niepoprzedzone skriningiem), celowane (wstępny skrining w kierunku nasilonych objawów depresyjnych) i selektywne (u dzieci z czynnikami ryzyka w wywiadach).

Zgodnie z wynikami przeglądu Merry 2007 w zakresie redukcji objawów depresyjnych przed/po interwencji, w metaanalizie wyników programów celowanych (5 programów) wykazano istotną statystycznie poprawę. Mediana wystandaryzowanych średnich różnic efektu (SMD) wynosiła -0,26 (95% CI -0,40 do -0,13). Choć programy uniwersalne (3 programy) same w sobie nie wykazały się istotną statystycznie efektywnością, zmetaanalizowanie ich wyników z celowanymi wykazało SMD -0,26 (95% CI -0,36 do -0,15). Metaanaliza redukcji objawów depresyjnych ocenianych w dłuższym czasie obserwacji nie wykazała istotnych statystycznie różnic, choć 1 program celowany, oceniany po 36 miesiącach był granicznie skuteczny: SMD wynosiła -0,29 (95% CI -0,56 do -0,01). W zakresie wskaźnika zapadalności na depresję, programy celowane (3 programy) wykazały się istotną statystycznie skutecznością tuż po interwencji: w metaanalizie różnica ryzyka (RD) wyniosła -0,13 (95%CI -0,22 do -0,05), podobnie jak w programach uniwersalnych. Po 12 miesiącach programy celowane, w odróżnieniu od uniwersalnych, osiągnęły graniczną istotną statystycznie efektywność (RD -0,12, 95%CI -0,24 do -0,01), po 24 i 36 miesiącach nie udało się wykazać istotnego statystycznie efektu.

Autorzy przeglądu Merry 2007 konkludują, że odnalezione dowody naukowe z zakresu skuteczności klinicznej/bezpieczeństwa wskazują, że zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej uznane źródło niepełnosprawności i kosztów w opiece zdrowotnej, jest działaniem wysoce umotywowanym.

Z kolei zgodnie z wnioskami przeglądu Calear 2009 programy celowane są efektywniejsze niż uniwersalne i selektywne (choć należy docenić wartość niektórych, dobrze poprowadzonych programów uniwersalnych). Interwencje prowadzone przez profesjonalistów są skuteczniejsze, choć mogą być droższe niż prowadzone przez nauczycieli.

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

Interwencje psychologiczne z zakresu profilaktyki uniwersalnej i wskazującej prowadzone metodą twarzą-w-twarz skutkowały ICER nieprzekraczającym 50 000 dolarów na 1 uniknięte DALY (w tym prewencja uniwersalna pozwoliła na zaoszczędzenie 7 350 dolarów, a wskazująca 19 550 dolarów (95% UI)). Analiza wrażliwości pozwoliła wykazać, że interwencje dostarczane za pomocą Internetu były wysoko efektywne kosztowo, przy założeniu, że w interwencjach tego typu brało udział od 50% do 100% uczestników. Wyniki te powinny być jednak interpretowane z ostrożnością (ze względu na

niewielką ilość danych). W podsumowaniu wskazać należy, że interwencje psychologiczne prowadzone w środowisku szkolnym wydają się być efektywne kosztowo. Wymagane jest jednak prowadzenie dalszych badań w tym zakresie (Lee 2017).

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.237.2018 „Regionalny Program Zdrowotny w zakresie zapobiegania depresji wśród dzieci i młodzieży szkolnej” realizowany przez: województwo mazowieckie, Warszawa, luty 2019; Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 41/2019 z dnia 18 lutego 2019 roku o projekcie programu „Regionalny Program Zdrowotny w zakresie zapobiegania depresji wśród dzieci i młodzieży szkolnej” (woj. mazowieckie).