



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 18/2022 z dnia 14 kwietnia 2022 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci
i młodzieży z województwa mazowieckiego”
(woj. mazowieckie)

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest depresja występująca wśród dzieci i młodzieży. Z danych wynika, że w Polsce minimum 9% dzieci i młodzieży wykazuje zaburzenia psychiczne w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego może wymagać około 630 000 pacjentów poniżej 18. roku życia. Z danych przytoczonych w ocenianym projekcie wynika, że w 2019 roku w województwie mazowieckim wartość wskaźnika DALY dla zaburzeń depresyjnych w grupie wiekowej 10-14 lat wynosiła 78,5 na 100 tys. mieszkańców, natomiast w grupie 15-20 lat – aż 259,6 na 100 tys. mieszkańców. Ponadto warto zauważyć, że w Mapach Potrzeb Zdrowotnych wskazuje się, że pomimo, iż w przypadku zaburzeń psychicznych nie obserwuje się wzrostu chorobowości w Polsce, to jednak w przypadku zaburzeń depresyjnych spodziewany jest wzrost o 17,46% (o 495,14 na 100 tys. ludności więcej w 2028 roku niż w 2019 roku). Projekt jest zbieżny z celem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025: „*promocja zdrowia psychicznego*”, a także odnosi się do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Oceniany dokument dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności poprawnie sformułować cele i mierniki efektywności oraz uzupełnić kryteria kwalifikacji dla kadry pedagogicznej.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu



Zdrowia oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia.

Ponadto ze względu na charakter choroby, powinno się dołożyć wszelkich starań, aby informacje m.in. o kwalifikacji oraz udziale w konsultacjach specjalistycznych były traktowane z należytą ostrożnością i poufnością. Powyższe ma na celu zmniejszenie ryzyka oraz uniknięcie spotkania się ze stygmatyzowaniem czy odrzuceniem przez grupę rówieśników. Uczestnicy programu powinni czuć się swobodnie i bezpiecznie, aby móc w pełni zaangażować się w terapię i odnieść płynące z niej korzyści.

Dodatkowo podkreślenia wymaga, że uwagi ujęte w negatywnej *Opinii 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* zostały w większości prawidłowo naniesione na nową wersję programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania depresji wśród dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego. Program ma być realizowany w latach 2022-2024, a całkowity jego koszt oszacowano na 8 mln zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest depresja u dzieci i młodzieży. W dokumencie szczegółowo odniesiono się do problemu zdrowotnego jakim jest depresja. Wskazano na trudności związanych z wczesnym diagnozowaniem a także na ryzyka oraz objawy wraz z kryteriami diagnostycznymi i sposoby leczenia tej choroby.

Warto podkreślić, że opiniowany projekt jest zbieżny z celem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025: „*promocja zdrowia psychicznego*” odnosi się również do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Nie budzą one zastrzeżeń.

W projekcie przedstawiono ogólnoswiatowe, ogólnopolskie oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Wskazano, że według WHO łączna liczba osób żyjących z depresją na świecie wynosi 350 mln, stanowi ona 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności na świecie. W dokumencie zaznaczono, że depresja coraz częściej dotyka dzieci i młodzież wg. szacunków 2%-10% dzieci cierpi na tę chorobę. Oceniany dokument zawiera dane NFZ za lata 2013-2018 z zakresu udzielonych świadczeń z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresja.

W projekcie odniesiono się do danych zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, z których wynika, że w 2019 roku w województwie mazowieckim zapadalność na zaburzenia depresyjne w populacji ogólnej wynosiła 2 380,7 na 100 tys. mieszkańców, co stanowiło 73,61% wszystkich zaburzeń psychicznych. W grupie wiekowej 10-14 lat zapadalność wynosiła 586,4 na 100 tys., w wieku 15-19 lat – 1 727,2 na 100 tys. Wartość wskaźnika DALY w tym województwie dla zaburzeń depresyjnych w grupie wiekowej 10-14 lat to 78,5 na 100 tys. mieszkańców, natomiast w grupie 15-20 lat – aż 259,6 na 100 tys. mieszkańców.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „*identyfikacja podejrzenia zaburzeń depresyjnych u minimum 0,2% dzieci i młodzieży w wieku od 12. do 21. roku życia mieszkających w województwie mazowieckim w latach 2022-2024*”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. W ocenianym dokumencie cel główny został sformułowany niepoprawnie w postaci przypominającej działanie.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „*skierowanie na sesje terapeutyczną minimum 90% uczestników z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego w latach 2022-2024*”;
- (2) „*zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych u minimum 70% uczestników edukacji zdrowotnej spośród I grupy docelowej w latach 2022-2024*”;
- (3) „*zwiększenie u minimum 70% uczestników szkoleń spośród II grupy docelowej, tj. kadry pedagogicznej, poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych w latach 2022-2024*”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a w treści projektu powinno znaleźć się uzasadnienie dla przyjętych wartości. Cel nr 1 sformułowany niewłaściwie w postaci działania. Dwa pozostałe są zapisane prawidłowo i wydają się możliwe do zrealizowania ze względu na zaplanowane działania edukacyjne w tym przeprowadzanie pre-i post-testu.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „*iloraz liczby osób, u których w ramach programu zostało zidentyfikowane podejrzenie zaburzenia depresyjnego i liczby dzieci i młodzieży w wieku od 12 do 21 roku życia mieszkających w województwie mazowieckim – wynik wyrażony w procentach (wartość docelowa miernika: minimum 0,2%)*”;
- (2) „*iloraz liczby uczestników skierowanych na sesje terapeutyczną i liczby uczestników z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego – wynik wyrażony w procentach (wartość docelowa miernika: minimum 90%)*”;
- (3) „*iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej – wynik wyrażony w procentach (wartość docelowa miernika: minimum 70%)*”;
- (4) „*iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób uczestniczących w szkoleniu z II grupy docelowej – wynik wyrażony w procentach (wartość docelowa miernika: minimum 70%)*”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Miernik nr 2 w tym brzmieniu nie spełnia funkcji miernika efektywności, natomiast może zostać wykorzystany podczas monitorowania. Ponadto nie sformułowano miernika dla celu głównego. Pozostałe mierniki nie wzbudzają zastrzeżeń.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga skorygowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą dzieci i młodzież w wieku od 12 do 21 r.ż. oraz kadra pedagogiczna szkół podstawowych i ponadpodstawowych z obszaru województwa mazowieckiego. Na podstawie danych GUS określono, że w województwie tym w 2020 r. mieszkało 546 193 osób w wieku 12-21 lat, w zakresie liczebności kadry pedagogicznej posłużono się danymi Centrum Informatycznego Edukacji z których wynika, iż na terenie województwa mazowieckiego w 2018 roku zatrudnionych było 109 993 nauczycieli. W dokumencie zaznaczono jednak, że mając na uwadze zaplanowany budżet programem zostanie objęta populacja 2 163 dzieci i młodzieży (w zakresie badań przesiewowych, konsultacji ze specjalistą, sesji terapeutycznych; edukacji zdrowotnej) oraz 2 446 osób z kadry pedagogicznej (w zakresie działań szkoleniowych).

W ocenianym dokumencie przedstawiono kryteria kwalifikacji do udziału w programie dla interwencji skierowanych dla populacji dzieci i młodzieży (12-21 lat), które nie wzbudzają zastrzeżeń. W projekcie nie przedstawiono jednak kryteriów kwalifikacji dla kadry pedagogicznej, co wymaga uzupełnienia.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano dla:

- populacji dzieci i młodzieży w wieku 12-21 lat przeprowadzanie:
 - badań przesiewowych w kierunku wykrycia depresji,
 - konsultacji ze specjalistą,
 - sesji terapeutycznych,
 - edukacji zdrowotnej;
- kadry pedagogicznej - przeprowadzenie działań szkoleniowych.

Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji

Badanie to ma zostać przeprowadzone z użyciem kwestionariusza samooceny umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych, tj. kwestionariusza CDI 2 (ang. *Children Depression Inventory*). Przed badaniem specjalista odbywa rozmowę poprzedzającą, której celem jest przygotowanie uczestnika do badania. W projekcie zaznaczono, że każdy uczestnik programu, który uzyskał pozytywny wynik w badaniu przesiewowym weźmie udział w indywidualnej konsultacji ze specjalistą.

Rekomendacje potwierdzają zasadność stosowania badań przesiewowych w kierunku wykrywania depresji u dzieci powyżej 11 r.ż. (NICE 2019) lub 12 r.ż. (AAP 2018, USPSTF 2016). Należy jednocześnie zaznaczyć, że zgodnie z rekomendacjami USPSTF 2016 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. Rekomendacje RACGP 2017 wskazują na możliwość wykonywania skryningu przeprowadzanego za pomocą kwestionariuszy w populacji dzieci już od 7 r.ż., zaznaczając jednak, że liczba dostępnych narzędzi jest ograniczona. Populacja osób od 12 r.ż. znajduje zatem odzwierciedlenie w rekomendacjach. Ponadto wskazany w programie kwestionariusz CDI 2 (ang. *Children Depression Inventory 2*) jest rekomendowany u dzieci w wieku 7 lat i starszych (RACGP 2017).

Konsultacja ze specjalistą

Uczestnicy, którzy uzyskali pozytywny wynik w badaniu przesiewowym lub u których została wcześniej stwierdzona depresja, a nie rozpoczęli jeszcze terapii, będą mogli skorzystać z konsultacji ze specjalistą. Podkreślono, że osoby niepełnoletnie będą odbywać wizytę w obecności rodzica/opiekuna prawnego. Należy zaznaczyć, że niektóre rekomendacje (AAP 2018) wskazują, aby umożliwić pacjentowi odbycie wizyty na osobności.

Podczas konsultacji, trwających minimum 30 minut, specjalista ma przeprowadzić z uczestnikiem programu pogłębiony wywiad, podczas którego zostanie postawiona diagnoza lub zlecone dalsze badanie z zastosowaniem „wystandaryzowanych klinicznych narzędzi oceny stanu psychicznego”. Przeprowadzenie ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego jest zgodnie z rekomendacjami AAP 2018 i RACGP 2017.

W dokumencie wskazuje się, że w leczeniu zaburzeń depresyjnych w zależności od potrzeb pacjenta wykorzystywane będą różne metody psychoterapeutyczne a rodzaj postępowania terapeutycznego, jego częstość i czas trwania będzie rekomendowany w zależności od nasilenia i rodzaju zaburzenia depresyjnego.

Sesje terapeutyczne

W ramach programu dla każdego uczestnika przewidziano przeprowadzenie maksymalnie 25 sesji terapeutycznych (45-60 minut) zgodnie z wytycznymi specjalisty. Podkreślono, że w sytuacji, gdy specjalista zalecił mniejszą liczbę spotkań, a liczba ta nie będzie wystarczająca, osoba przeprowadzająca sesje terapeutyczne może zwiększyć tę liczbę zachowując ich maksymalny limit (tj. 25 spotkań). Podczas ostatniej sesji terapeutycznej specjalista podsumuje cykl terapii oraz udzieli wskazówek do dalszego leczenia lub dalszej pracy w domu.

W projekcie zapisano, że w ramach psychoterapii w leczeniu depresji mogą być wykorzystywane: terapia indywidualna CBT, psychoterapia indywidualna (IPT-A), terapia rodzinna oparta na więzi (ABFT), krótkie interwencje psychospołeczne, psychoterapia psychodynamiczna, psychoterapia psychoanalityczna, psychoterapia systemowa, terapia humanistyczno-doświadczeniowa, psychoterapia integracyjna.

Wytyczne AAFP 2012 zalecają, aby psychoterapia zawsze była elementem leczenia depresji wieku dziecięcego i młodzieńczego. Zalecana jest psychoterapia jako akceptowalna opcja leczenia dla pacjentów z łagodniejszą depresją oraz połączenie farmakoterapii i psychoterapii u osób z umiarkowaną lub ciężką depresją. W przypadku dzieci i nastolatków z łagodną depresją NICE 2019 zaleca jedną z następujących psychoterapii: grupowa terapia poznawczo-behawioralna, grupowa terapia wspomagająca, grupowa psychoterapia interpersonalna. Jeśli te metody nie zaspokoją potrzeb klinicznych lub są nieodpowiednie, należy rozważyć inne tj. terapię rodzinną lub indywidualną terapię poznawczo-behawioralną. Zgodnie z wytycznymi APA 2019 w celu wstępnego leczenia nastoletnich pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi zaleca, aby klinicyści oferowali jedną z następujących terapii: terapia poznawczo-behawioralna lub psychoterapia indywidualna (IPT-A).

Edukacja zdrowotna

Działania edukacyjne są dobrowolne i będą skierowane do osób, u których w badaniu przesiewowym nie została stwierdzona depresja. Spotkania (45-60 min.), jedno dla uczestnika, mają być przeprowadzane indywidualnie, natomiast dopuszcza się w nich także udział rodzica/opiekuna prawnego uczestnika. W ramach edukacji zostaną omówione m.in. kwestie charakterystyczne dla depresji, profilaktyka związana z miejscem nauczania oraz przeciwdziałania zaburzeniom w życiu prywatnym. Zostanie także przekazana informacja gdzie można zwrócić się o pomoc w przypadku dostrzeżenia u siebie objawów depresji. Projekt zakłada przeprowadzenie badania poziomu wiedzy w formie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym.

Programy edukacyjne promujące zdrowie psychiczne oraz nakierowane na tematykę depresji są zalecane przez towarzystwa naukowe (NICE 2019, AAP 2018, EPA 2012).

Działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej

Działania kierowane do kadry pedagogicznej szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Uczestnikom szkoleń przekazywane będą m.in. informacje dotyczące specyfiki zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych, stresu w szkole zarówno podczas nauczania stacjonarnego, jak i zdalnego, profilaktyki zaburzeń depresyjnych z uwzględnieniem danych epidemiologicznych itd. W dokumencie podkreślono, że w ramach edukacji omówiona zostanie również kwestia reagowania i możliwości pomocy uczniom, u których zaobserwowane zostaną niepokojące zachowania. Projekt zakłada przeprowadzenie badania poziomu wiedzy w formie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym.

Podsumowując zaleca się aby przy realizacji programu mieć także na uwadze wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu.

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie na podstawie sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu. W dokumencie zaproponowano szereg szczegółowych wskaźników odnoszących się do poszczególnych grup docelowych jednak część z nich tj. „liczba uczestników edukacji zdrowotnej, u których odnotowano wzrost wiedzy” oraz „liczba uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej, u których odnotowano wzrost wiedzy” odnosi się bardziej do oceny efektywności a pozostałe nie wzbudzają zastrzeżeń.

Realizator będzie miał obowiązek prowadzenia rejestru osób aplikujących do programu, co jest zgodnie z przepisami prawa.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o ankiety satysfakcji uczestników programu. Ponadto wskazano, że każdy realizator musi zapewnić uczestnikom programu możliwość zgłaszania uwag.

Ocena efektywności ma być prowadzona na podstawie analizy mierników efektywności, które zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera szczegółowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem są działania informacyjno-promocyjne, kolejne etapy to kwalifikacja uczestników do programu oraz przeprowadzenie interwencji. Następnie zostanie przeprowadzone rozliczenie finansowe programu, a także monitorowanie oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

W dokumencie przedstawiono warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

Opisany sposób zapraszania uczestników do programu wydaje się być wystarczający i dostosowany do założonej grupy docelowej.

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

Przedstawiony w projekcie budżet zawiera m.in. informacje w zakresie kosztów jednostkowych z wyszczególnieniem grup docelowych, kosztów całkowitych w podziale na poszczególne lata realizacji programu oraz źródeł finansowania.

Całkowity koszt realizacji oszacowano na 8 000 000 zł (2022 r. – 2 000 000 zł, 2023 r. – 3 000 000 zł, 2024 r. – 3 000 000 zł). Program ma zostać sfinansowany ze środków województwa mazowieckiego. Zaznaczono, że w przypadku posiadania dodatkowych środków finansowanych w budżecie województwa, budżet programu może zostać zwiększony.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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.

Występowanie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży wykazuje tendencję wzrostową, zwłaszcza w zakresie całościowych zaburzeń rozwoju (spektrum zaburzeń autystycznych) oraz zaburzeń zachowania (zwłaszcza wśród dziewcząt). Niepokojąca jest w Polsce liczba dokonanych samobójstw w latach 2012 i 2013, po okresie względnej stabilizacji, oraz wzrost przyjęć nastolatków po próbach samobójczych na oddziały szpitalne.

Należy podkreślić, że zmienia się również obraz kliniczny zaburzeń afektywnych (częściej w ich przebiegu dochodzi do zachowań agresywnych), a także zamierzonych samookaleczeń, prób samobójczych w epizodach depresyjnych, co wymaga większego zaangażowania służb psychiatrycznych w leczenie.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1285 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane obejmują świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, a w zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.

W ramach wskazanej opieki pacjentom bezpłatnie przysługują w warunkach:

- stacjonarnych: 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;
- dziennych: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wyżywienie, edukacja i konsultacje dla rodzin;
- ambulatoryjnych: świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki niezbędne w stanach nagłych, edukacja i konsultacje dla rodzin.

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

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

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

W zakresie 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 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).

W zakresie narzędzi stosowanych w badaniach przesiewowych

- 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);
- Dwa najczęściej wykorzystywane w podstawowej opiece zdrowotnej narzędzia skryningowe to kwestionariusz PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) oraz skala depresji Becka (BDI – Beck Depression Inventory) (USPSTF 2016).

W zakresie wzmacniania zdrowia psychicznego

- 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).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych

- Zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej uznane źródło niepełnosprawności i kosztów w opiece zdrowotnej, jest działaniem wysoce umotywowanym (Merry 2007);
- W przeglądzie systematycznym Cuijpers 2006 dotyczącym psychologicznej terapii u dzieci w wieku 7-18 lat, wyłonionych w badaniach przesiewowych (prowadzonych przy użyciu kwestionariuszy) w szkołach, wskazano, że zgodnie z wynikami metaanalizy 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. Badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania. Równocześnie istnieją 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 (Cuijpers 2006);

- W zakresie redukcji objawów depresyjnych przed/po interwencji, w metaanalizie wyników programów celowanych (5 programów) wykazano istotną statystycznie poprawę: $SMD=-0,26$ (95% CI -0,40 do -0,13). Choć programy uniwersalne (3 programy) nie wykazały istotnej statystycznie efektywności, metaanaliza ich wyników w porównaniu z wynikami programów celowanych wykazała $SMD=-0,26$ (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 na granicy skuteczności: wykazał $SMD=-0,29$ (95% CI -0,56 do -0,01) (Merry 2007);
- W zakresie wskaźnika zapadalności na depresję, programy celowane (3 programy) wykazały się istotną statystycznie skutecznością tuż po interwencji: w metaanalizie różnica ryzyka (RD)=-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 (Merry 2007);
- 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 (Calear 2009).

Podsumowanie opinii ekspertów

- 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;
- Podejmowane działania powinny mieć 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.

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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.14.2022 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” z kwietnia 2022; Aneksu pn. „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r.; oraz opinii Rady Przejrzystości nr 52/2022 z dnia 11 kwietnia 2022 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”