



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 44/2023 z dnia 21 sierpnia 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży
w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice
na lata 2023-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027”, 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. Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego, a także pogorszenie funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji.

Oceniany program dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Należy dążyć do koordynacji działań w programie z innymi interwencjami w zakresie opieki ambulatoryjnej, środowiskowej i szkolnej oraz dążyć do kontynuacji działań po zakończeniu programu. Dlatego ważne jest także, aby w sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań objętych programem informować rodziców/ opiekunów prawnych o konieczności wykonania badań uzupełniających oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych.

Koniecznym podkreślenia jest kwestia wyboru kwestionariusza w badaniu przesiewowym. Rekomenduje się użycie kwestionariusza MFQ (*Mood Feeling Questionnaire*) – dla dzieci w wieku 8 lat i starszych oraz kwestionariusza CDI 2 (*Children Depression Inventory 2*) – dla dzieci w wieku 7 lat i starszych. Powyższe powinno być jasno sprecyzowane w programie.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności:

- poprawnie sformułować cele;
- skorygować nieścisłość dot. liczebności populacji planowanej do włączenia programu.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powieły 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.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania depresji wśród dzieci i młodzieży z gminy Pawłowice. Program ma być realizowany w latach 2023-2027.

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 2022 r. poz. 2561, 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. Przedstawiono dane statystyczne dotyczące zaburzeń psychicznych i depresji oraz ich definicje, a także odniesiono się do kwestii objawów i metod leczenia.

Warto podkreślić, że opiniowany projekt jest zbieżny z celem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025: „*promocja zdrowia psychicznego*” oraz odnosi się do projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.

W treści projektu przedstawiono światowe, ogólnopolskie oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym.

Odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazując, że w 2019 r. ze świadczeń opieki psychiatrycznej korzystało 148,8 tys. pacjentów poniżej 18. roku życia, z czego 38% to dziewczynki. Podkreślono również, że województwo śląskie cechuje niska dostępność do opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wśród dzieci i młodzieży oraz utrudniony dostęp do poradni wysokospecjalistycznych.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie o 20% liczby wykrywanych przypadków zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży zamieszkałych w Gminie Pawłowice w okresie 5 lat realizacji programu”. 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. Należy wskazać, że cel główny byłby możliwy do zrealizowania w sytuacji odniesienia się do danych wskazujących na skalę problemu i szacunkową liczebność dzieci i młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi. Powyższe umożliwiłoby ocenę stopnia realizacji celu po zakończeniu programu. Ponadto nie wskazano także uzasadnienia dla podanej wartości docelowej.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie depresji w populacji docelowej dzieci i młodzieży poprzez działania edukacyjne”;
- (2) „zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie depresji w populacji docelowej rodziców/opiekunów prawnych dzieci i młodzieży poprzez działania edukacyjne”;
- (3) „zwiększenie poziomu wiedzy kadry pedagogicznej szkół posadowionych w Gminie Pawłowice w zakresie depresji poprzez działania szkoleniowe”;
- (4) „zwiększenie poziomu umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 30% uczestników programu w wieku 12-18 lat, poprzez prowadzone działania edukacyjne i terapeutyczne”.

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 4 sformułowano niewłaściwie, nie definiując „umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych”. Trzy pozostałe cele są sformułowane prawidłowo i wydają się możliwe do zrealizowania ze względu na zaplanowane działania edukacyjne. Niemniej nie przedstawiono celu dotyczącego efektywności zaplanowanych w programie sesji terapeutycznych.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba i odsetek wykrywanych przypadków zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży zamieszkałych w Gminie Pawłowice w trakcie trwania programu (wd. 20%)”;
- (2) „odsetek osób w wieku 12-18 lat osiągających wyniki co najmniej dobre (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy uczestników z zakresu profilaktyki depresji (wd. wzrost o 30%)”;
- (3) „odsetek rodziców/opiekunów prawnych dzieci i młodzieży będących uczestnikami programu, osiągających wyniki co najmniej dobre (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy uczestników z zakresu profilaktyki depresji (wd. wzrost o 30%)”;
- (4) „odsetek kadry pedagogicznej osiągającej wyniki co najmniej dobre (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy uczestników z zakresu profilaktyki depresji (wd. wzrost o 30%)”;
- (5) „odsetek osób osiągających wyniki co najmniej dobre (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi umiejętności uczestników z zakresu profilaktyki depresji (wd. wzrost o 30%)”.

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 określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Powyższe zostało uwzględnione przy formułowaniu mierników. Wszystkie wskazane mierniki odnoszą się do określonych celów, co jest podejściem poprawnym.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą dzieci i młodzież w wieku od 12 do 18 r.ż. ze szkół podstawowych lub szkoły ponadpodstawowej, zlokalizowanych na terenie gminy Pawłowice, a także do rodziców/opiekunów prawnych dzieci w zakresie działań edukacyjnych oraz nauczycieli,

psychologów i pedagogów ze szkół podstawowych lub szkoły ponadpodstawowej, w zakresie szkoleniowym. W projekcie wskazano, że gminę Pawłowice zamieszkuje około 1 500 osób w wieku 12-18 lat, co jest zbliżone do danych GUS. Podkreślono, że z uwagi na ograniczenia finansowe do programu będzie włączonych ok. 300 dzieci rocznie oraz 600 rodziców/opiekunów prawnych dzieci. Należy jednak wskazać, że w projekcie istnieją rozbieżności w zakresie liczebności populacji planowanej do włączenia programu, co wymaga ujednoczenia.

W ocenianym dokumencie przedstawiono kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz wyłączenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano:

- działania edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów prawnych,
- działania szkoleniowe dla nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych,
- działania z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń psychicznych u dzieci.

Działania szkoleniowe dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych (etap I)

Tematyka szkoleń obejmować będzie zagadnienia dotyczące czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych, specyfiki zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych oraz stresu w szkole wśród dzieci i młodzieży, a także następstw zdrowotnych zaburzeń nastroju, skuteczności działań zapobiegawczych, konsekwencji bagatelizowania objawów chorobowych i zaniedbań diagnostycznych. Podkreślono, że forma szkolenia i liczebność grup zostanie opracowana przez realizatora programu. Ponadto wśród uczestników zostaną przeprowadzone dwa testy (pre-test i post-test), co jest podejściem prawidłowym.

Akcja edukacyjna dla rodziców/opiekunów prawnych oraz dzieci i młodzieży (etap II)

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci obejmować będzie cykl wykładów z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych. Wykłady mają być prowadzone przez psychologa lub psychoterapeutę, odbywać się z częstotliwością 2 razy na rok, a czas ich trwania ma wynosić 90-min.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) dzieci i młodzieży prowadzona będzie przez wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych na lekcjach wychowawczych. W treści projektu wskazano, że w trakcie zajęć uczestnicy dowiedzą się o możliwości skorzystania w ramach programu z terapii zaburzeń depresyjnych prowadzonej przez specjalistów. Podkreślono także, że aby zmierzyć poprawę stanu wiedzy na temat depresji u dzieci, przeprowadzone zostaną wśród nich dwa testy (pre-test i post-test), co jest podejściem prawidłowym.

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

Badania przesiewowe oraz terapia zaburzeń nastroju u dzieci (etap III i IV)

Badania przesiewowe realizowane będą przez psychologów i pedagogów szkolnych i obejmą badanie z użyciem kwestionariusza samooceny umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych, np. kwestionariusza CDI 2 (ang. *Children Depression Inventory*), przy czym o rodzaju testu przesiewowego zdecyduje realizator. Podkreślono, że każdy uczestnik programu, który uzyskał

pozytywny wynik w badaniu przesiewowym, weźmie udział w indywidualnych konsultacjach ze specjalistą.

Konsultacja realizowana przez psychoterapeutę dla zakwalifikowanych uczestników, obejmować będzie wizytę początkową, na której wykonany zostanie wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności społecznej pacjenta), zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie, ocenę funkcjonowania psychologicznego (na podstawie testu depresji, np. Inwentarza Depresji Becka), ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych i rodzinnych. Następnie odbędzie się 11 wizyt terapeutycznych, gdzie o dokładnym rodzaju terapii zdecyduje psychoterapeuta. Wskazano także, że na ostatniej wizycie, po przeprowadzeniu cyklu spotkań terapeutycznych, specjalista dokona podsumowania cyklu terapii oraz udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu. Wskazano, że w sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań objętych programem, rodzice/opiekunowie prawni dziecka będą poinformowani o konieczności i możliwości wykonania badań uzupełniających oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych (w ramach NFZ).

Wytyczne wskazują, że istotnym elementem diagnostyki jest zebranie wywiadu rodzinnego (NICE 2019, AAP 2018, RACGP 2017). Należy zaznaczyć, że niektóre rekomendacje (AAP 2018) wskazują, żeby umożliwić pacjentowi odbycie wizyty na osobności.

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, USPSTF 2022). USPSTF 2022 zaleca badania przesiewowe w kierunku dużych zaburzeń depresyjnych (ang. *Major Depressive Disorder*, MDD) u młodzieży w wieku od 12 do 18 lat.

Zaproponowany w projekcie Inwentarz Depresji Becka (IDB) znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach i dowodach naukowych. USPSTF w przeglądzie systematycznym wykonywanym na potrzeby przygotowania rekomendacji z 2016 r. odnalazło 5 badań wysokiej jakości dotyczących zasadności stosowania narzędzi skryningowych w kierunku wykrycia depresji u dzieci i młodzieży. Jedno badanie dotyczyło porównania wyników kwestionariusza PHQ-A (*Patient Health Questionnaire for Adolescents*) z pełnym wywiadem diagnostycznym przeprowadzonym przez psychiatrę. Inne badania dotyczyły wykorzystania kwestionariuszy BDI (*Beck Depression Inventory*), CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) oraz CIS-R (*Clinical Interview Schedule-Revised*). W badaniach dotyczących skali depresji Becka odnotowano czułość na poziomie 84-90% i swoistość 81-86%. Według danych zawartych w rekomendacji dwa najczęściej wykorzystywane narzędzia to kwestionariusz PHQ-A oraz skala depresji Becka (BDI).

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 2019 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 Interview*) czy CAPA (*Child and Adolescent Psychiatric Assessment*).

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 wskaźników: „liczba i odsetek dzieci, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział, analiza prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu”, „liczba i odsetek dzieci, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji, analiza prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu”, „liczba i odsetek dzieci, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej”, „liczba i odsetek rodziców/opiekunów prawnych dzieci, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej”, „procent uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie”, „procent uczestników, którzy ukończyli program”, „liczba i odsetek osób, które uczestniczyły w szkoleniach”.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o wyniki ankiet satysfakcji skierowanych do uczestników programu (osobno dzieci i młodzież, rodzice dzieci oraz uczestnicy szkolenia) oraz na podstawie bieżącej analizy pisemnych uwag uczestników dotyczących realizacji programu, co jest podejściem prawidłowym. Do projektu załączono jedynie wzór ankiety dla kadry pedagogicznej, nie załączając wzoru ankiety dla dzieci i młodzieży oraz dla ich rodziców/opiekunów prawnych, co uniemożliwiło jej weryfikację. Należy podkreślić, że ankieta sprawdzająca poziom wiedzy w grupie dzieci i młodzieży powinna być dostosowana do wieku tej populacji.

Ocena efektywności programu będzie dokonywana na podstawie: „liczby i odsetka dzieci, które uzyskały wyniki co najmniej dobre dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu depresji”, „liczby i odsetka rodziców/opiekunów prawnych dzieci, które uzyskały wyniki co najmniej dobre dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu depresji”, „liczby i odsetka uczestników, u których zanotowano objawy zaburzeń psychicznych”, „liczby i odsetka uczestników psychoedukacji”, „liczby i odsetka uczestników korzystających z psychoterapii w ramach programu”, „identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu”. Wskaźniki odnoszące się do liczby i odsetka uczestników korzystających z psychoterapii w ramach programu oraz liczby i odsetka uczestników psychoedukacji odnoszą się bardziej do monitorowania. Należy zaznaczyć, że w treści programu nie przedstawiono odrębnego celu ani adekwatnego miernika efektywności, który odnosiłby się do skuteczności zaplanowanego w programie cyklu 12 sesji terapeutycznych przeznaczonych dla dzieci i młodzieży. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Przedstawiono informacje dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Odniesiono się do wymogów formalnych dotyczących osób, które będą odpowiedzialne za realizację interwencji edukacyjnych. Nie wskazano natomiast wymogów formalnych odnośnie kadry, która będzie odpowiedzialna za realizację sesji terapeutycznych. Powyższe wymaga uzupełnienia.

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

Akcja informacyjna będzie realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranych podmiotach leczniczych, w Urzędzie Gminy Pawłowice oraz w szkołach na terenie Gminy, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek, publikacji w lokalnej prasie, artykułów sponsorowanych, portali internetowych, radia.

Przedstawiony w projekcie budżet zawiera m.in. informacje w zakresie kosztów jednostkowych oraz kosztów całkowitych. Podkreślono, że ostateczna wysokość kosztów jednostkowych poniesionych na uczestnika programu będzie zależała od indywidualnych potrzeb diagnostycznych poszczególnych osób biorących udział w programie.

Całkowity koszt realizacji oszacowano na 581 800 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Pawłowice. Dodatkowo Urząd Gminy będzie się ubiegał o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie na podstawie art. 48d ust. 1 Ustawy o świadczeniach.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Depresja młodzieńcza związana jest nierozzerwalnie z trudnościami okresu adolescencji i zadaniami rozwojowymi tej fazy. Szczególne znaczenie ma konfrontacja swoich możliwości z oczekiwaniami samego dorastającego, jego rodziny i najbliższego otoczenia oraz niepewność, czy sprawdzi się on w roli osoby dorosłej we wszystkich jej aspektach. Objawy depresji młodzieńczej mają wiele wspólnego z objawami depresji u dorosłych, choć często obraz kliniczny maskują wybuchy złości, znudzenie i zmęczenie. Zwykle objawom depresji towarzyszą trudności szkolne, zrywanie kontaktów z rówieśnikami, pogorszenie się relacji z najbliższymi, zamknięcie się w sobie. Wyróżnia się kilka postaci depresji (wg J. Bomby):

- Depresja „czysta” wyrażająca się obniżonym nastrojem i napędem, lękiem, zwłaszcza przed przyszłością;
- Depresja „rezygnacyjna” w której obok podstawowych objawów depresji występują trudności w nauce, poczucie bezsensu życia, tendencje i próby samobójcze;
- Depresja „z niepokojem”, w której obrazie dominuje niepokój, dysforia i autodestrukcyjne zachowania;
- Depresja „hipochondryczna”, w której dominuje niepokój o własne zdrowie i somatyczne objawy lęku.

Narastające objawy depresji u dorastającego wymagają szczególnej uwagi, zwłaszcza dlatego, że doprowadzić mogą do próby samobójczej lub samobójstwa. W leczeniu największą rolę odgrywa psychoterapia (terapia rodzinna, indywidualna), znacznie mniejszą rolę odgrywają leki antydepresyjne.

Badania epidemiologiczne pokazują, że 25-33% osób w populacji boryka się w danym roku z występującym zaburzeniem psychicznym. Około 10-20% wszystkich przypadków może zostać ocenionych jako przejawiające ciężkie zaburzenia - zazwyczaj są to osoby, u których współwystępują różne zaburzenia psychiczne, a ich przebieg ma charakter przewlekły. Zaburzenia nastroju, w tym głównie depresja, dotyczą ok. 10% populacji.

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 2023-2030. 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

Dot. 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 2019)/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).

Dot. wykorzystywanych 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 Interview*) czy CAPA (*Child and Adolescent Psychiatric Assessment*) (NICE 2019).
- 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).

Dot. szkoleń personelu medycznego:

- Klinicyści powinni być zachęceni do odbywania szkoleń z zakresu diagnostyki i leczenia depresji (AAP 2018, NICE 2019).
- 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, takich jak: bezdomności, posiadania statusu uchodźcy, życia w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (NICE 2019).
- Profesjonaliści medyczni w podstawowej opiece zdrowotnej, szkołach i innych jednostkach powinni być zaznajomieni z metodami przesiewowymi w kierunku wykrywania zaburzeń nastroju (NICE 2019).

Dot. 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).
- Badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania. Równocześnie istnieją obawy, że ujemne efekty takiego postępowania nie są dokładnie poznane, głównie identyfikuje się 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) same w sobie nie wykazały się istotną statystycznie efektywnością, metaanaliza ich wyników z celowanymi 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 granicznie skuteczny: 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) 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 (Merry 2007).
- Programy celowane są bardziej efektywne 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).

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

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.38.2023 „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027”; data ukończenia: sierpień 2023, Aneksu do raportów szczegółowych „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 140/2023 z dnia 14 sierpnia 2023 roku o projekcie programu „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027”,