



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 15/2024 z dnia 27 lutego 2024 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej**  
**„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków**  
**uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-**  
**2026”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest depresja dzieci i młodzieży. Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego, a także pogorszenie funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji. Narastające objawy depresji u dorastającego wymagają szczególnej uwagi, zwłaszcza dlatego, że doprowadzić mogą do próby samobójczej lub samobójstwa.

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 zmierzać 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.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności: doprecyzować cel główny i cele szczegółowe oraz skorygować nieścisłość dot. kosztów akcji informacyjno-edukacyjnej oraz wskazać koszt całkowity realizacji programu.

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.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży z gminy Miasta Marki. Program ma być realizowany w latach 2024-2026. Szacowany przez Agencję koszt całkowity realizacji programu wynosi 214 180 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 2024 r. poz. 146) 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 oraz ogólnopolskie dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym.

Odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazując, że w 2021 r. ze świadczeń opieki psychiatrycznej korzystało 211 tys. pacjentów poniżej 18. roku życia w kraju. W województwie mazowieckim było to 35,9 tys., w tym ok. 78% dziewcząt. Zaznaczono także, że „*wskaźnik pacjentów/100 tys. ludności (184) był bardzo zbliżony do wskaźnika ogólnopolskiego (183,7). Liczba dzieci i młodzieży, leczonych z powodu zaburzeń nastroju, wzrosła od 2018 roku prawie 2-krotnie (było to wówczas ok. 1 tys. osób)*”. Należy zaznaczyć, że w treści projektu nie przedstawiono lokalnych danych epidemiologicznych.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „*podniesienie lub utrzymanie poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70% nastolatków uczestniczących w programie*”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Zaproponowany cel główny odnosi się do poziomu wiedzy uczestników programu polityki zdrowotnej. Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Nie załączono jednak wzoru ww. testu, zatem nie było możliwe jego zweryfikowanie. Należy także zaznaczyć, że nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Zatem cel główny wymaga doprecyzowania.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „*podniesienie lub utrzymanie poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70% rodziców/opiekunów prawnych nastolatków uczestniczących w programie*”,
- (2) „*podniesienie lub utrzymanie poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70% kadry szkolnej uczestniczącej w programie*”,
- (3) „*zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym u co najmniej 30% uczestników programu biorących udział w sesjach terapeutycznych*”.

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.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 odnoszą się wzrostu wiedzy uczestników programu (rodziców/opiekunów prawnych dzieci oraz kadry szkolnej). Nie wskazano jednak uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych. Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do zaplanowanej w programie terapii poznawczo-behawioralnej przeznaczonej dla zakwalifikowanej grupy dzieci i młodzieży. Został on sformułowany w sposób zbyt ogólny, co utrudnia prawidłowy dobór mierników efektywności. Mając na względzie powyższe, cele szczegółowe wymagają uzupełnienia.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „*odsetek nastolatków, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 70% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test*”,
- (2) „*odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 70% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test*”,
- (3) „*odsetek osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 70% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które w pełniły pre-test*”,
- (4) „*odsetek nastolatków, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 70% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które wypełnił pre-test*”.

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. Miernik 1, 2 oraz 3 zostały sformułowane prawidłowo. Wskaźnik nr 4 nie odnosi się bezpośrednio do celów programu, może jednak zostać wykorzystany przy ewaluacji.

#### Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do dzieci i młodzieży w wieku 13-14 lat uczęszczających do VII klas szkół podstawowych znajdujących się na terenie miasta Marki. Populację docelową programu będą stanowić także rodzice/opiekunowie prawni dzieci w zakresie działań edukacyjnych oraz nauczyciele, psycholodzy i pedagodzy ze szkół podstawowych w zakresie szkoleniowym. W projekcie wskazano, że do programu zostanie włączonych łącznie ok. 1 860 dzieci oraz 1 860 rodziców/opiekunów prawnych dzieci. Jednocześnie zaznaczono, że liczebność populacji

dzieci 13-letnich (rozpoczynających klasę VII w latach szkolnych 2024/2025, 2025/2026 oraz 2026/2027) została oszacowana na podstawie danych GUS.

W ocenianym dokumencie przedstawiono kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz wyłączenia.

Kryteria kwalifikacji do programu obejmują: wiek 13-14 lat, pozostawanie uczniem klasy VII publicznej szkoły podstawowej na terenie miasta Marki oraz pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie. W odniesieniu do działań edukacyjnych kryterium włączenia jest bycie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka uprawnionego do udziału w programie, a w odniesieniu do działań szkoleniowych – bycie nauczycielem – wychowawcą klas V-VII w roku szkolnym 2024/2025, pedagogiem lub psychologiem w publicznej szkole podstawowej, posadowionej na terenie miasta Marki.

Kryteria wyłączenia z programu będą stanowić: zdiagnozowane uprzednio zaburzenia nastroju; pozostawanie pod opieką poradni psychologicznej lub poradni psychiatrycznej w zakresie działań zaplanowanych w programie oraz przeciwwskazania zdrowotne.

### Interwencja

W projekcie programu zaplanowano:

- działania edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów prawnych,
- działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych,
- działania z zakresu diagnozy i poznawczo-behawioralnej terapii zaburzeń nastroju u zakwalifikowanych osób.

### *Działania szkoleniowe dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych*

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 szkolenie zostanie zrealizowane w formie online. Ponadto wśród uczestników zostaną przeprowadzone dwa testy (pre-test i post-test) badające poziom wiedzy, co jest podejściem prawidłowym.

### *Edukacja zdrowotna dla dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów prawnych*

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 1 raz 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

przedstawić etiologię, przebieg oraz zasady leczenia depresji, włączając w to informację dotyczącą skutków ubocznych stosowania leków.

#### *Badania przesiewowe*

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.

#### *Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń nastroju u dzieci i młodzieży*

W projekcie wskazano, że sesje terapeutyczne realizowane będą dla zakwalifikowanych uczestników w formie 60-minutowych wizyt raz w tygodniu przez kolejnych 12 tygodni. Konsultacja realizowana przez psychoterapeutę, 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. 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.

Zaproponowane w projekcie kwestionariusze (skala depresji Becka, CDI 2) znajdują 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).

#### 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 osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych”, „liczba osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych”, „liczba nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji”, „liczba rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji”, „liczba osób, które wzięły udział w szkoleniu dla kadry szkolnej”, „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaprojektowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie corocznej analizy ankiet satysfakcji skierowanych do uczestników programu (osobno dla każdej z zaplanowanych populacji) oraz na podstawie bieżącej analizy pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu. Do projektu załączono wzory ww. ankiet dla nastolatków, rodziców/opiekunów prawnych oraz kadry pedagogicznej. Załączone dokumenty nie budzą zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu będzie dokonywana na podstawie: „liczby i odsetka nastolatków, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach psychoedukacji”, „liczby i odsetka rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach psychoedukacji”, „liczby i odsetka osób z kadry szkolnej, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach szkolenia”, „liczby i odsetka nastolatków, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach sesji terapeutycznych (w obszarze radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym)” oraz „ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu”. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione i zaznaczone 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.

Wskazano, że kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Miasta Marki oraz szkołami, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, w szkołach, miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miasta Marki. Ponadto zaznaczono, że działania promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych, a także poprzez przesłanie rodzicom/opiekunom prawnym nastolatków informacji poprzez dzienniki elektroniczne.

W projekcie nie przedstawiono kosztu całkowitego. Wskazano na koszty roczne realizacji programu tj. 2024 r. – 73 260 zł, 2025 r. – 70 700 zł, 2026 r. – 70 220 zł. Można natomiast założyć, że przy wskazanych kosztach rocznych, koszt całkowity realizacji programu będzie wynosił 214 180 zł. Należy zaznaczyć, że w projekcie powinien zostać przedstawiony koszt całkowity programu.

Należy zaznaczyć, że w projekcie istnieje nieścisłość odnośnie do kosztu akcji informacyjno-edukacyjnej. W tabeli dotyczącej kosztów jednostkowych przy kategorii kosztu „akcja informacyjno-edukacyjna” wskazano na kwotę 2 000 zł. Natomiast w tabelach przedstawiających koszty całkowite

roczne w podziale na poszczególne interwencje przy kategorii kosztu „akcja informacyjno-edukacyjna” wskazano kwotę 1 500 zł. Koszty te wymagają doprecyzowania.

Program ma zostać sfinansowany ze środków miasta Marki. W projekcie programu wskazano, że Urząd Miasta Marki w latach 2025-2026 będzie starał się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

### Problem zdrowotny

Depresja młodzieńcza związana jest nierozdzielnie 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 przeznaczanego 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 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) same w sobie nie wykazały się istotną statystycznie efektywnością, ~~zmetaanalizowanie ich~~ wyników ~~z celowanymi~~ wykazała zmianę na poziomie 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 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).

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

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

*/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 2024 r., poz. 146), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.100.2023 „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026”; data ukończenia: luty 2024, Aneksu do raportów szczegółowych „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 30/2024 z dnia 26 lutego 2024 roku o projekcie programu Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026”.