



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 32/2024 z dnia 7 maja 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku
12- 26 lat na terenie Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-26 lat na terenie Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do zaburzeń depresyjnych w populacji dzieci i młodzieży. Depresja, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego i funkcjonowania społecznego, stanowi poważny problem zdrowotny. Narastające objawy depresji wymagają szczególnej uwagi, gdyż mogą doprowadzić do próby samobójczej lub samobójstwa.

Oceniany program dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji dzieci i młodzieży i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Jest on również zbieżny z celem Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2021- 2025 „promocja zdrowia psychicznego” oraz odnosi się do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.

Jednakże, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności doprecyzować liczebność populacji objętej badaniami przesiewowymi (stwierdzono, że badaniami przesiewowymi zostanie objęta populacja 220 dzieci, podczas gdy zgodnie z danymi GUS, w 2022 r. na terenie gminy Józefów mieszkało 65 osób w wieku 12 lat, tj. urodzonych w 2010 roku), określić liczebność pozostałych populacji, a w konsekwencji, skorygować ewentualnie budżet programu. Należy również ustalić kryteria wyłączenia ze wszystkich zaplanowanych interwencji, a je same opisać w sposób bardziej szczegółowy. Niektóre z nich, np. działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych zostały przedstawione zbyt ogólnie, gdyż nie wskazano czasu trwania szkolenia, czy osoby odpowiedzialnej za jego przeprowadzenie. Do projektu programu nie załączono także wzorów pre- i post-testów, stosowanych w celu pomiaru testu wiedzy nabytej podczas zaplanowanych interwencji. Nie było więc możliwości ich weryfikacji i tym samym, nie jest wiadome, czy pomiar wzrostu wiedzy uczestników programu zostanie przeprowadzony w sposób prawidłowy. Należy również ustalić mierniki efektywności dla wszystkich zaproponowanych interwencji, gdyż te wskazane w projekcie, odnoszą się tylko do działań edukacyjnych.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielaty u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało ujęte w projekcie w ramach kryteriów wykluczenia z badań przesiewowych i terapii zaburzeń nastroju.

Ponadto, ze względu na charakter choroby, powinno się dążyć do 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, skierowany do dzieci i młodzieży w wieku 12-26 lat, zamieszkujących gminę Miasto Józefów oraz ich rodziców/opiekunów prawnych i kadry pedagogicznej z publicznych i niepublicznych szkół podstawowych na terenie gminy. Realizacja programu jest przewidziana na lata 2024-2025, a koszt realizacji szacowany jest na 104 100 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 definicję, kryteria rozpoznania, objawy oraz sposoby leczenia zaburzeń depresyjnych.

Oceniany projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

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

Odniesiono się także do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, wskazując, że w roku 2022 z powodu zaburzeń psychicznych leczono ponad 250 tys. pacjentów poniżej 18 roku życia, w tym 16,5 tys. z powodu zaburzeń nastroju, do których należą zaburzenia depresyjne. W województwie mazowieckim było to 2,66 tys. pacjentów małoletnich. Należy zaznaczyć, iż liczba dzieci i młodzieży leczonych z powodu zaburzeń nastroju, wzrosła od 2018 roku ponad 2,5-krotnie (było to wówczas około 1 tys. osób). W roku 2021 zaburzenia nastroju dotyczyły głównie małoletnich w wieku 12-17 lat (ok. 97%). Najczęstszym rozpoznaniem w tej grupie wiekowej był epizod depresyjny.

Należy zaznaczyć, że w treści projektu nie przedstawiono lokalnych danych epidemiologicznych.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% prawidłowych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70% nastolatków uczestniczących w programie.*

Należy zaznaczyć, że cel główny programu powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony w odniesieniu do planowanego czasu, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Zaproponowany cel główny został sformułowany prawidłowo i jest możliwy do zrealizowania. Wzrost wiedzy może nastąpić dzięki zaplanowanym działaniom edukacyjnym, a jego pomiar może zostać wykonany dzięki pre- i post-testom. Jednakże, ze względu na brak przedstawienia w projekcie wzoru wymienionych testów, ich weryfikacja nie była możliwa, w związku z czym nie jest wiadome, czy będzie możliwy prawidłowy pomiar wzrostu wiedzy uczestników programu.

W projekcie programu zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- 1) *utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% prawidłowych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% 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) *utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% prawidłowych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% 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) *utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% prawidłowych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% 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 wskazane w projekcie odnoszą się do wzrostu wiedzy uczestników programu. Jest on możliwy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi, a jego pomiar może zostać dokonany za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Jednakże, podobnie jak w przypadku celu głównego, do projektu programu nie załączono wzorów ww. testów, w związku z czym nie było możliwe dokonanie ich weryfikacji i nie jest wiadome, czy będzie możliwy prawidłowy pomiar wzrostu wiedzy uczestników programu.

W treści projektu programu zaproponowano 4 mierniki efektywności:

- 1) *odsetek nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,*
- 2) *odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,*
- 3) *odsetek osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,*
- 4) *odsetek nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi w teście) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.*

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. Muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań.

Zaproponowane mierniki efektywności programu zostały sformułowane prawidłowo. Jednakże, odnoszą się jedynie do działań edukacyjnych. Należy ustalić mierniki efektywności także dla pozostałych interwencji.

Populacja docelowa

Zaplanowane działania skierowane są do dzieci urodzonych w roku 2010, ich rodziców/opiekunów prawnych, kadry pedagogicznej z publicznych i niepublicznych szkół podstawowych na terenie gminy, dzieci i młodzieży w wieku od 12 do 26 lat, zamieszkujących gminę Miasto Józefów.

Badania przesiewowe skierowane są tylko do dzieci urodzonych w roku 2010, a działania informacyjne i edukacyjne do całej populacji włączonej do programu. Stwierdzono, że do badań przesiewowych zostanie włączonych 220 dzieci, podczas gdy zgodnie z danymi GUS, w 2022 r. na terenie gminy Józefów mieszkało 65 osób w wieku 12 lat (a więc urodzonych w 2010 r.). Należy mieć jednak na uwadze, że do szkół zlokalizowanych na terenie gminy mogą uczęszczać dzieci mieszkające poza nią. Zaznaczono, że w przypadku niewykorzystania zaplanowanego budżetu, do badań przesiewowych zostaną włączone również dzieci uczące się w szkołach zlokalizowanych poza gminą.

Należy wskazać, iż nie przedstawiono liczebności populacji, która weźmie udział w pozostałych interwencjach zaplanowanych w programie. Podsumowując, należy sprecyzować liczebność poszczególnych subpopulacji, które zostaną objęte programem, jak i określić populację całkowitą programu i skorygować, odpowiednio do tych wartości, budżet programu.

Kryteria kwalifikacji do poszczególnych interwencji:

- badania przesiewowe dzieci: rok urodzenia (2010), miejsce zamieszkania na terenie gminy, status ucznia szkoły podstawowej zlokalizowanej na terenie gminy oraz pisemna zgoda rodzica/opiekuna na udział w programie,
- terapia zaburzeń nastroju: tożsame do kryteriów dla badań przesiewowych oraz pozytywny wynik badania przesiewowego,
- działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej: status nauczyciela (wychowawcy klas VI-VIII szkoły podstawowej w roku szkolnym 2024/2025), pedagoga lub psychologa w szkole publicznej lub niepublicznej na terenie gminy Miasto Józefów,
- edukacja zdrowotna dzieci w wieku 12-15 lat: wiek oraz zamieszkanie na terenie gminy, status ucznia klas VI-VIII szkół zlokalizowanych na terenie gminy (publicznych i niepublicznych),
- edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów prawnych: status rodzica/opiekuna prawnego dzieci w wieku między 12 a 15 r.ż. uczęszczających do szkół podstawowych (publicznych i niepublicznych) na terenie gminy,
- edukacja zdrowotna lokalnej społeczności w wieku 16-26 lat: wiek oraz miejsce zamieszkania na terenie gminy.

Kryteria wyłączenia z programu wskazano jedynie w odniesieniu do badań przesiewowych i terapii zaburzeń nastroju. Zgodnie z treścią projektu, w obu przypadkach kryteriami wykluczenia będzie wcześniejsze zdiagnozowanie zaburzeń nastroju, pozostawanie pod opieką poradni psychologicznej lub psychiatrycznej w zakresie działań zaplanowanych w programie oraz przeciwwskazania zdrowotne.

W przypadku pozostałych interwencji w ramach kryteriów wykluczenia wskazano „brak”.

Należy uzupełnić kryteria wyłączenia z pozostałych zaplanowanych interwencji.

Interwencje

W projekcie programu zaplanowano przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku zaburzeń depresyjnych i terapię zaburzeń nastroju u zakwalifikowanych dzieci z rocznika 2010, działania

szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych, działania edukacyjne skierowane do osób w wieku 16-26 lat, nastolatków (12-15 lat) oraz ich rodziców/opiekunów prawnych.

Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń depresyjnych

Badania będą przeprowadzone przez psychologa lub psychoterapeutę (lub w przypadku trudności z dostępem do ww. specjalisty, przez psychologa lub pedagoga szkolnego) w populacji dzieci urodzonych w roku 2010. Będą miały charakter indywidualnych spotkań z dzieckiem w obecności rodzica lub opiekuna prawnego i odbędą się na terenie szkoły do której uczęszcza dziecko, z poszanowaniem prywatności i intymności dziecka. W przypadku uczestników uczęszczających do szkół niepublicznych, zostanie wyznaczone miejsce zastępcze do realizacji badań przesiewowych. Badanie zostanie przeprowadzone z użyciem kwestionariusza samooceny umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych, np. kwestionariusza CDI 2 (ang. *Children Depression Inventory*). Każdy uczestnik programu, który uzyska pozytywny wynik w badaniu przesiewowym, zostanie zakwalifikowany do interwencji obejmującej terapię zaburzeń nastroju.

Zaplanowane badania przesiewowe, z użyciem kwestionariusza CDI 2, wśród dzieci urodzonych w 2010 roku, czyli będących w trakcie trwania programu w wieku 14-15 lat, znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych klinicznych (CPS 2023, USPSTF 2022a, NICE 2019, MZ 2019).

Terapia zaburzeń nastroju

Uczestnicy, którzy w badaniach przesiewowych uzyskają wynik wskazujący na obecność zaburzeń depresyjnych, włączeni zostaną do interwencji terapeutycznej, obejmującej cykl 12 cotygodniowych, co najmniej 45-minutowych, indywidualnych spotkań z psychoterapeutą dzieci i młodzieży. Wśród wymienianych, możliwych do zastosowania nurtów psychoterapeutycznych są: terapia behawioralno-poznawcza (CBT), psychoterapia indywidualna (IPT-A), terapia rodzinna oparta na więzi (ABFT), krótka interwencja psychospołeczna, psychoterapia psychodynamiczna, psychoterapia psychoanalityczna, psychoterapia systemowa, terapia humanistyczno-doświadczalna, psychoterapia integracyjna). Zgodnie z opisem budżetu programu zaplanowano udział w działaniach terapeutycznych dla maksymalnie 30 osób.

W ramach wizyty początkowej, przeprowadzonej w obecności rodzica/opiekuna prawnego, wykonany zostanie wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności społecznej uczestnika) oraz pre-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym. Wizyta początkowa obejmować będzie także zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez uczestnika w celu wykluczenia ewentualnych przeciwwskazań do udziału w programie, ocenę funkcjonowania psychologicznego (na podstawie testu depresji, np. kwestionariusza CDI 2) oraz ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych.

W ramach wizyty końcowej, która również odbywać się będzie w obecności rodzica/opiekuna prawnego, specjalista dokona podsumowania cyklu terapii, a także udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu, a uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie post-testu.

Zaznaczono, że w sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych wykraczających poza zakres działań objętych programem, rodzice/opiekunowie prawni dziecka zostaną poinformowani o konieczności wykonania badań uzupełniających oraz ewentualnych dalszych działań specjalistycznych poza programem. Zaznaczono również, że po zakończeniu działań terapeuta sporządzi krótką notatkę informacyjną dla lekarza rodzinnego.

Zaplanowane działania znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych klinicznych, które wskazują różne rodzaje psychoterapii, jednak najwięcej dowodów naukowych na skuteczność w leczeniu zaburzeń nastroju (a więc m.in. depresyjnych) odnaleziono w przypadku terapii poznawczo-behawioralnej (CPS 2023, USPSTF 2022a, USPSTF 2022b, WHO 2020). Inne zalecane interwencje obejmują terapię interpersonalną (USPSTF 2022a) oraz terapię dialektyczno-behawioralną (DBT, ang. *Dialectical Behaviour Therapy*) (CPS 2023).

Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych

Obejmować będą zagadnienia dotyczące: czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych, specyfiki zaburzeń depresyjnych i lękowych, stresu wśród dzieci i młodzieży, następstw zdrowotnych wynikających z zaburzeń nastroju, skuteczności działań zapobiegawczych, a także konsekwencji bagatelizowania objawów oraz zaniedbań diagnostycznych. Realizowane będą on-line i uwzględnią badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre- i post-testu, uwzględniającego minimum 15 pytań zamkniętych. Do projektu programu nie załączono wzoru ww. testów, wobec czego nie była możliwa ich weryfikacja. Ponadto nie opisano szczegółów w zakresie sposobu realizacji działań szkoleniowych. Nie wskazano czasu trwania szkolenia, osoby odpowiedzialnej za jego przeprowadzenie, ani też informacji o tym, czy zostanie udostępnione szkołom z możliwością ponownego odtworzenia (np. w celu utrwalenia informacji lub zapoznania się z nim przez nowych pracowników, już po realizacji programu), czy też dostępne będzie tylko jednorazowo.

Działania edukacyjne skierowane do osób w wieku 16-26 lat

Wyżej wymienione działania mają zostać przeprowadzone w formie 60-minutowego wykładu on-line, przygotowanego i nagranego przez psychologa lub psychoterapeutę. Tematyka wykładu obejmować ma profilaktykę zaburzeń psychicznych, w tym: skuteczność terapii psychologicznych, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych, a także informacje dotyczące możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Zgodnie z treścią projektu, wykład zostanie udostępniony mieszkańcom za pośrednictwem stron internetowych i mediów społecznościowych realizatora i Urzędu Miasta.

Działania edukacyjne skierowane do nastolatków (12-15 lat)

Przeprowadzone mają zostać przez wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych w ramach lekcji wychowawczych. Ich tematyka obejmować będzie: czynniki ryzyka depresji, metody radzenia sobie z zaburzeniami nastroju, informacje o konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu pogorszonego nastroju, czy innych „trudności rozwojowych”. Mają na celu nabycie umiejętności życiowych, efektywnego radzenia sobie z zadaniami i wyzwaniem codziennego życia, prawidłowego porozumiewania się i umiejętności interpersonalnych, podejmowania decyzji i krytycznego myślenia, radzenia sobie ze stresem i kierowania emocjami, a także budowania poczucia własnej wartości i pozytywnej samooceny. W treści programu wskazano, że aby zmierzyć poprawę stanu wiedzy nastolatków, przeprowadzone zostaną wśród nich dwa testy (pre-test i post-test), uwzględniające min. 10 pytań zamkniętych, co jest podejściem prawidłowym. Nie załączono jednak wzorów ww. testów, zatem ich weryfikacja nie była możliwa.

Działania edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów prawnych dzieci w wieku 12-15 lat

Przeprowadzone zostaną w formie 90-minutowych stacjonarnych wykładów łącznie w 7 szkołach na terenie gminy. Wykłady mają być prowadzone przez psychologa lub psychoterapeutę raz w roku szkolnym. Zgodnie z treścią projektu, ich tematyka obejmować ma profilaktykę zaburzeń psychicznych, w tym: skuteczność terapii psychologicznych wśród dzieci i młodzieży, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych, a także informacje dotyczące możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku wystąpienia zaburzeń depresyjnych, w tym m.in. w ramach telefonu zaufania. W celu weryfikacji poziomu zdobytej wiedzy, zaplanowano przeprowadzenie opracowanego przez realizatora pre- i post-testu, obejmującego co najmniej 10 pytań zamkniętych, co jest podejściem prawidłowym. Jednakże, podobnie jak w przypadku innych zaplanowanych interwencji, nie załączono wzoru testów wiedzy, nie była zatem możliwa ich weryfikacja.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji. Są one jego istotnymi elementami, które umożliwiają bieżącą ocenę przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej.

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie na podstawie kwartalnych i rocznych sprawozdań realizatora. Analizie poddana zostanie: „liczba osób, które wzięły udział w szkoleniu dla kadry szkolnej”, „liczba osób, które odtworzyły wykład online dla lokalnej społeczności w wieku 16-26 lat”, „liczba rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji”, „liczba nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji”, „liczba osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych”, „liczba osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych” oraz „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”.

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 realizowana będzie corocznie oraz po zakończeniu programu na podstawie analizy: „liczby i odsetka nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”, „liczby i odsetka rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”, „liczby i odsetka osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”, „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 na podstawie „identyfikacji 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. Należy monitorować i przeprowadzić analizę w odniesieniu do wszystkich zaplanowanych interwencji, czyli uwzględnić dane/wyniki dot. badań przesiewowych w kierunku zaburzeń depresyjnych oraz terapii zaburzeń nastroju.

Warunki realizacji

Opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu opisano w sposób ogólny, odnosząc się głównie do działań przygotowawczych, a nie realizacji. Przedstawiono informacje dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Odniesiono się do wymogów formalnych dotyczących osób, które będą odpowiedzialne za realizację interwencji edukacyjnych oraz wskazano wymogi kadry, która będzie odpowiedzialna za realizację sesji terapeutycznych.

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

Wskazano, że kampania informacyjna prowadzona będzie poprzez kolportaż ulotek i plakatów informacyjnych w wybranych podmiotach leczniczych, w Urzędzie Miasta oraz w szkołach publicznych i niepublicznych na podległym terenie. Ponadto, zaplanowano umieszczenie informacji o programie na stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych ww. jednostek oraz w prasie

(w tym w lokalnej gazecie). Dodatkowo, wskazano, wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależy będzie od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie.

Przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszt całkowity. W kosztach jednostkowych uwzględniono:

- 5 000 zł – koszt akcji edukacyjno-informacyjnej,
- 4 000 zł – koszt działań szkoleniowych z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych,
- 1 000 zł – koszt edukacji zdrowotnej (psychoedukacji) lokalnej społeczności w wieku 16-26 lat,
- 500 zł – koszt edukacji zdrowotnej (psychoedukacji) rodziców/opiekunów prawnych dzieci,
- 80 zł/osobę – koszt badań przesiewowych,
- 2 400 zł/osobę – koszt terapii zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań, 200 zł/spotkanie),
- 1 000 zł – koszt monitorowania i ewaluacji.

Wskazano również, że psychoedukacja nastolatków prowadzona będzie poza finansowaniem ze środków Urzędu Miasta, w ramach zajęć szkolnych z wychowawcami, którzy uprzednio wezmą udział w działaniach szkoleniowych.

Koszt całkowity programu oszacowany został na 104 100 zł (14 000 zł w 2024 r. i 90 100 zł w 2025 r.).

Program ma zostać sfinansowany ze środków własnych Gminy Miasto Józefów. Wskazano również, że Urząd Miasta Józefowa w roku 2025 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 jest zaburzeniem nastroju, które powoduje uporczywe uczucie smutku i utraty zainteresowania (Chand 2023). Objawy depresji młodzieńczej są podobne do objawów depresji u dorosłych, choć często obraz kliniczny maskują wybuchy złości, znudzenie i zmęczenie. Zwykle towarzyszą im trudności szkolne, zrywanie kontaktów z rówieśnikami, pogorszenie relacji z najbliższymi, zamknięcie w sobie. Narastające objawy depresji u dorastającego wymagają szczególnej uwagi, dlatego, że doprowadzić mogą do próby samobójczej lub samobójstwa.

W celu rozpoznania epizodu depresyjnego należy stwierdzić co najmniej pięć objawów opisanych w Kryteriach Diagnostycznych DSM-5 (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), które występują przez co najmniej 2-tygodnie i powodują zmianę w stosunku do dotychczasowego poziomu funkcjonowania. Do podstawowych objawów należą: obniżony nastrój, utrata zainteresowań, negatywna samoocena, poczucie winy, zaburzenia snu i apetytu.

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wartość wskaźnika YLD dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. wynosiła blisko 5 mln (wartość bezwzględna), z czego za 1/8 odpowiadały zaburzenia psychiczne, wśród których największy wpływ miały zaburzenia depresyjne i zaburzenia lękowe.

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, 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

Badania przesiewowe w kierunku depresji u dzieci i młodzieży

- Rekomenduje się skrining w kierunku wykrycia dużej depresji (MDD – *Major Depressive Disorder*) u młodzieży w wieku 12-18 lat (USPSTF 2022a)/u dzieci powyżej 11 r.ż. (NICE 2019).
- Kanadyjskie Towarzystwo Pediatriczne zwraca uwagę, iż każda wizyta zdrowego dziecka w placówce POZ jest okazją do omówienia obaw rodziców, dotyczących rozwoju dziecka i przeprowadzenia obserwacji pod kątem zdrowia psychicznego (np. poprzez regularne badania przesiewowe w kierunku pojawiających się problemów ze zdrowiem psychicznym) (CPS 2023).
- W ramach rutynowych badań dzieci i młodzieży należy zwracać uwagę na obecność czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń depresyjnych: genetycznych (przypadki depresji w rodzinie), osobniczych (m.in. wiek, płeć, tożsamość płciowa, orientacja seksualna) czy psychospołecznych (np. molestowanie seksualne lub zaniedbywanie w dzieciństwie, wystąpienie traumatycznych wydarzeń, znęcanie się, wczesne narażenie na stres, maltretowanie) (CPS 2023, USPSTF 2022a, NICE 2019, MZ 2019).
- Zaleca się, aby w ramach oceny czynników ryzyka depresji u dzieci i młodzieży, korzystać z wystandaryzowanych kwestionariuszy, wśród których wymienia się: skalę depresji Kutchera dla młodzieży (ang. *Kutcher Adolescent Depression Scale*), zestaw kwestionariuszy do diagnozy depresji u dzieci i młodzieży CDI 2 (ang. *Children Depression Inventory 2*, normy polskie opracowane dla populacji w wieku od 7 do 18 lat) (MZ 2019), skale objawowe zaburzeń okresu adolescencji (Konsultanci 2019), Przymiotnikową Skalę Nastroju (od 16. r.ż) (UMACL), (Konsultanci 2019), kwestionariusz PHQ-9 i dostosowaną do populacji nastolatków PHQ-A (ang. *Patient Health Questionnaire-9*) (USPSTF 2022a), skalę CESD (ang. *Center for Epidemiological Studies Depression*) (USPSTF 2022a), skalę Kiddie-Sads (K-SADS) (NICE 2019), kwestionariusz CAPA (ang. *Child and Adolescent Psychiatric Assessment*) (NICE 2019).
- Wśród narzędzi służących do oceny skłonności samobójczych wymienia się: skalę C-SSRS (ang. *Columbia Suicide Severity Rating Scale*) oraz narzędzie KADS: wersja dla nastolatków (ang. *Kutcher Adolescent Depression Scale*) (MZ 2019).

Interwencje psychologiczne

- Wśród interwencji psychologicznych wdrażanych w populacji dzieci i młodzieży z depresją lub zaburzeniami lękowymi, stosuje się różne rodzaje psychoterapii, jednak najwięcej dowodów naukowych na skuteczność w leczeniu ww. zaburzeń odnaleziono w odniesieniu do terapii poznawczo-behawioralnej (CPS 2023, USPSTF 2022a, USPSTF 2022b, WHO 2020).
- Inne zalecane interwencje obejmują: terapię interpersonalną (USPSTF 2022a) oraz terapię dialektyczno-behawioralną (DBT, ang. *dialectical behaviour therapy*) (CPS 2023).

Działania edukacyjne

- Kanadyjskie Towarzystwo Pediatriczne zaleca stosowanie psychoedukacji (indywidualnej, grupowej lub realizowanej w całych społecznościach), w tym w obejmującej edukację dzieci i ich rodziców nt. konkretnych zaburzeń psychicznych, w tym o aktualnym rozumieniu ich etiologii, definicji diagnostycznej, strategiach postępowania oraz potencjalnym ryzyku lub czynnikach utrwalających, których należy unikać (CPS 2023).
- WHO zwraca uwagę na konieczność zapewnienia wszystkim nastolatkom powszechnego dostępu do interwencji psychospołecznych promujących zdrowie psychiczne, a także mających na celu zapobieganie i ograniczanie prób samobójczych, zaburzeń psychicznych (takich jak depresja i zaburzenia lękowe), zachowań agresywnych i destrukcyjnych oraz stosowania substancji psychoaktywnych (WHO 2020).

Szkolenia personelu

- Zarówno w rekomendacjach polskich jak i zagranicznych zwraca się uwagę na konieczność odpowiedniego przeszkolenia lekarzy POZ m.in. w zakresie: oceny ryzyka depresji i innych zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, w tym stosowania odpowiednich narzędzi przesiewowych w ramach ukierunkowanego wywiadu oraz oceny, oceny psychospołecznych czynników ryzyka występujących zarówno w bliskiej jak i dalekiej przeszłości (takich jak wiek, płeć, problemy rodzinne, znęcanie się, przemoc fizyczna, seksualna lub emocjonalna, zaburzenia współistniejące, w tym również używanie narkotyków i alkoholu oraz depresja u rodziców w wywiadzie), umiejętności komunikacyjnych (obejmujących np. aktywne słuchanie i techniki konwersacji) (CPS 2023, NICE 2019, MZ 2019).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych

- Programy ukierunkowane na profilaktykę depresji mogą prowadzić do redukcji objawów depresyjnych (5 programów dla których wykazano istotną statystycznie poprawę: SMD -0,26 (95% CI -0,40 do -0,13), jednakże po 24 i 36 miesiącach od zakończenia programu nie wykazano istotnego statystycznie efektu. Zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej 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. Istnieją jednak obawy przed możliwością stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych, dlatego należy dokładnie zbadać długofalowe efekty programu, w tym efekty możliwe do osiągnięcia w rzeczywistej praktyce klinicznej i efektywność kosztową tych działań (Cuijpers 2006).

Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych

Zaburzenia depresyjne wymagają, oprócz farmakoterapii, pomocy psychologicznej i psychoterapii. Ze względu na fakt, iż świadomość społeczną najłatwiej jest poszerzać poprzez działania edukacyjne, konieczne jest prowadzenie systematycznej, planowej psychoedukacji w szkołach i innych placówkach oświatowych, w której powinni brać udział psychoterapeuci, psychologowie i pedagodzy.

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

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.431.18.2024 „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-26 lat na terenie gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025”, data ukończenia: kwiecień 2024, Aneksu do raportów szczegółowych „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 69/2024 z dnia 6 maja 2024 roku o projekcie programu „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-26 lat na terenie Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025”.