



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 66/2024 z dnia 25 września 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków
uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2025-
2027”

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 2025-2027”, 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 wnosi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię warunkowo pozytywną (15/2024). Zgłoszone wówczas uwagi zostały uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie. Ponowna ocena wynika ze zmiany rodzajów terapii zaburzeń nastroju w zaplanowanych interwencjach. Interwencje zaplanowane w projekcie znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych klinicznych.

Niemniej, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące celów i mierników efektywności w odniesieniu do interwencji o charakterze terapeutycznym.

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 2025-2027. Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 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, ogólnopolskie oraz regionalne 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 tym 12,8 tys. z powodu zaburzeń nastroju. W województwie mazowieckim było to 35,9 tys., oraz 1,94 tys. pacjentów małych 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)*”.

Nie odniesiono się jednak do lokalnej sytuacji epidemiologicznej. Pozwoliłoby to na analizę istotności problemu zdrowotnego oraz możliwości jego zabezpieczenia w kontekście potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „*utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych 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*”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny odnosi się do poziomu wiedzy uczestników PPZ i wydaje się możliwy do osiągnięcia w czasie realizacji PPZ. Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Warto zaznaczyć, że pomiary te zostały zaplanowane w projekcie, do projektu nie załączono jednak wzoru ww. testu, zatem nie było możliwe jego zweryfikowanie.

W treści projektu programu zaproponowano 2 cele szczegółowe:

- (1) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych 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% poprawnych 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”.

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 do wzrostu wiedzy uczestników programu (rodziców/opiekunów prawnych dzieci oraz kadry szkolnej). Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Warto zaznaczyć, że pomiary te zostały zaplanowane w projekcie, do projektu nie załączono jednak wzoru ww. testu, zatem nie było możliwe jego zweryfikowanie. Należy jednak zaznaczyć, że nie przedstawiono celu, który odpowiadałby ocenie skuteczności zaplanowanych w projekcie 12 sesji terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży zakwalifikowanych do terapii. Powyższa kwestia wymaga uzupełnienia.

Nie przedstawiono także szczegółów w zakresie „doświadczeń i rekomendacji”, na podstawie których oszacowano wartości docelowe celów, co należy doprecyzować.

W treści projektu programu zaproponowano 3 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”.

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. Zaproponowane mierniki zostały sformułowane prawidłowo. Niemniej ocena efektywności powinna dotyczyć wszystkich zaplanowanych interwencji. Zatem po sformułowaniu celu odnoszącego się do interwencji terapeutycznych należy określić miernik efektywności dla tego celu np. w oparciu o planowane do przeprowadzenia testy i kwestionariusze w zakresie oceny depresji.

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, psychologzy 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 została oszacowana na podstawie danych GUS.

W projekcie poprawnie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia.

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 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 testy (pre-test i post-test) badające poziom wiedzy, uwzględniające min. 15 pytań zamkniętych. Do projektu programu nie załączono wzoru testu wiedzy, nie była zatem możliwa jego weryfikacja.

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. Wskazano także, że przeprowadzone zostanie badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) dzieci i młodzieży prowadzona będzie przez wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych na lekcjach wychowawczych. W treści projektu wskazano, że psychoedukacja będzie dotyczyć czynników ryzyka depresji, metod radzenia sobie z zaburzeniami nastroju, czy konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu pogorszonego nastroju czy innych trudności rozwojowych. Podkreślono także, że aby zmierzyć poprawę stanu wiedzy na temat depresji u dzieci, przeprowadzone zostaną wśród nich dwa testy (pre-test i post-test) uwzględniające min. 10 pytań zamkniętych, co jest podejściem prawidłowym. Nie jest jasne ile spotkań edukacyjnych podczas godziny wychowawczej zostało zaplanowanych dla młodzieży biorącej udział w programie, co wymaga uszczegółowienia.

Nie załączono także do projektu programu wzorów testu wiedzy dla dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, nie była zatem możliwa ich weryfikacja. Należy zaznaczyć, że ankieta sprawdzająca poziom wiedzy w grupie dzieci i młodzieży powinna być dostosowana do wieku tej populacji.

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 „*badanie przesiewowe obejmie kwalifikację do terapii zaburzeń nastroju uczestników programu, którzy uzyskali pozytywny wynik w badaniu przesiewowym*”.

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. 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.

Należy zaznaczyć że interwencje o charakterze terapeutycznym także powinny podlegać ocenie efektywności i ewaluacji, co wymaga uwzględnienia w projekcie.

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: „*liczby osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych*”, „*liczby osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych*”, „*liczby nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji*”, „*liczby rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji*”, „*liczby osób, które wzięły udział w szkoleniu dla kadry szkolnej*”, „*liczby 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, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu będzie dokonywana na podstawie: „*liczby i odsetka nastolatków, u których w post-tescie 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-tescie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu*”, „*analizę liczby i odsetka osób z kadry szkolnej, u których w post-tescie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu*” oraz „*identyfikację 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.

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

Wskazano, że kampania informacyjna prowadzona będzie za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranych podmiotach leczniczych, w Urzędzie Miasta Marki oraz w szkołach publicznych na podległym terenie. Akcja informacyjna realizowana będzie za pośrednictwem stron internetowych ww. jednostek, a także publikacji w lokalnej prasie, artykułów sponsorowanych, portale internetowe, itp. Wskazano także, że w ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane uczestnikom terminy zajęć edukacyjnych, badań przesiewowych, a także spotkań ze specjalistami.

Koszty całkowite oszacowano na 214 180 zł. Określono koszty jednostkowe, zaplanowano budżet na ewaluację i monitorowanie programu.

Program ma zostać sfinansowany ze środków miasta Marki.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zaburzenia depresyjne to grupa zaburzeń z dominującym objawem subiektywnie odczuwanego obniżenia nastroju (które jednak może nie być okazywane). Występują one w przebiegu zaburzeń nastroju (afektywnych), zaburzeń somatycznych, zaburzeń adaptacyjnych (wywołane np. trudną sytuacją), zatruc i działań niepożądanych leków, zaburzeń schizoafektywnych, depresji popsychotycznej, zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych, neurastenii, zespołów abstynencyjnych.

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.

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 psychiatrów 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. 2019 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

Dotyczące badań przesiewowych

- Zaleca się realizację badań przesiewowych w kierunku tzw. dużej depresji (MDD, ang. major depressive disorder) u młodzieży w wieku od 12 do 18 lat. Jednocześnie wskazuje, że obecnie dostępne dowody nie są wystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku MDD u dzieci w wieku 11 lat i młodszych (USPSTF 2022a).
- Zaleca się, aby u dzieci i młodzieży powyżej 11 r.ż., bez rozpoznanej depresji, skierowanych do placówek opieki zdrowotnej udzielającej świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, w ramach ogólnej diagnostyki przeprowadzać rutynowe badania przesiewowe w kierunku depresji w oparciu o kwestionariusze (NICE 2019).
- 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 lub niepewność w relacji z rodzicami) (CPS 2023, USPSTF 2022a, NICE 2019, 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

- W odnalezionych wytycznych kanadyjskich podkreśla się znaczenie psychoedukacji (indywidualnej, grupowej lub realizowanej w całych społecznościach), w tym w obejmującej uczenie dzieci i ich rodziców nt. konkretnych zaburzeń psychicznych, w tym o aktualnym zrozumieniu ich etiologii, definicji diagnostycznej, strategiach postępowania oraz potencjalnym ryzyku lub czynnikach utrwalających, których należy unikać (CPS 2023).

- Światowa Organizacja Zdrowia, zwraca natomiast 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).
- NICE w swoich rekomendacjach podkreśla również konieczność szkolenia personelu pracującego w szkołach i innych placówkach sprawujących opiekę nad dziećmi i młodzieżą (NICE 2019).

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, metaanaliza wyników 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 wykazano 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.

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/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.431.57.2024 „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2025-2027”. data ukończenia: wrzesień 2024, oraz opinii Rady Przejrzystości nr xxx/2024 z dnia 23 września 2024 roku o projekcie programu „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2025-2027”.