Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 81/2024 z dnia 18 listopada 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10 - 19 lat na terenie miasta Krosna na lata 2027-2028”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat na terenie miasta Krosna na lata 2027-2028”, 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 nastolatów 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.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące celu głównego oraz celów szczegółowych w odniesieniu o uzasadnienia przyjętych wartości docelowych oraz uszczegółowienia opisu etapów 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 wczesnego wykrywania depresji wśród dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat. z gminy Miasta Krosno. Program ma być realizowany w latach 2027-2028. Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 1 505 510 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 z późn. zm) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest depresja u dzieci i młodzieży. Przedstawiono definicje dotyczące zaburzeń psychicznych i depresji, 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 2023 r. ze świadczeń opieki psychiatrycznej korzystało 283 tys. pacjentów poniżej 18. roku życia w tym 16,24 tys. z powodu zaburzeń nastroju. W województwie podkarpackim było to 14,6 tys., oraz 450 pacjentów małoletnich w tym ok. 80% dziewcząt. Zaznaczono także, że *„wskaźnik pacjentów/100 tys. ludności (118,01) był o połowę niższy od wskaźnika ogólnopolskiego (236,54). Fakt ten może wskazywać na ograniczoną dostępność do świadczeń dla ww. pacjentów. Liczba dzieci i młodzieży, leczonych z powodu zaburzeń nastroju, wzrosła od 2018 roku prawie 2-krotnie (było to wówczas ok. 7,5 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. Prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Ponadto warto wskazać,

że w treści projektu nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej celu głównego, które powinno zawierać informacje, na jakiej podstawie opracowano dany cel i założono wartość docelową. Powyższą kwestię należy uzupełnić.

W treści projektu programu zaproponowano 3 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 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”,*

(3) *„utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych 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 odnoszą się wzrostu wiedzy uczestników programu (rodziców 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. Ponadto, podobnie jak w przypadku celu głównego, nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych celów szczegółowych, co wymaga uzupełnienia.

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, 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 nauczycieli, 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 uczestniczących w sesjach terapeutycznych, 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. Mierniki muszą dotyczyć

rezultatów, nie zaś podjętych działań. Zaproponowane mierniki zostały sformułowane prawidłowo i odnoszą się do poszczególnych celów PPZ.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat uczęszczających do szkół podstawowych (klasy IV-VIII) oraz ponadpodstawowych (klasy I-V) w Krośnie. Populację docelową programu będą stanowić także rodzice dzieci w zakresie działań edukacyjnych oraz nauczyciele klas IV-VIII szkoły podstawowej lub klas I-V szkoły ponadpodstawowej w zakresie szkoleniowym. W projekcie wskazano, że badania przesiewowe obejmą wszystkich ww. uczniów tj. ok. 8 900 osób, natomiast terapia zaburzeń nastroju, w związku z ograniczeniami budżetowymi, zostanie zapewniona dla max. 525 uczniów w całym okresie realizacji programu.

W projekcie poprawnie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie budzą zastrzeżeń.

Interwencja

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców oraz działań szkoleniowych dla kadry pedagogicznej, a także badań przesiewowych i terapii zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży.

Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla nauczycieli

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 w wymiarze co najmniej 3 godzin edukacyjnych (2 szkolenia w każdej z 28 szkół na terenie miasta tj. łącznie 56 szkoleń. Ponadto wśród uczestników zostaną przeprowadzone testy (pre-test i post-test) badające poziom wiedzy, uwzględniające min. 15 pytań zamkniętych, które zostaną opracowane przez realizatora. Do projektu programu nie załączono wzoru testu wiedzy zakładając, że zostanie on opracowany przez realizatora, nie była zatem możliwa jego weryfikacja.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców nastolatków

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci obejmować będzie cykl wykładów z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych. Wykłady mają być prowadzone przez psychologa lub psychoterapeutę. Wskazano, że zaplanowano 6 spotkań online, w wymiarze co najmniej 2 godzin edukacyjnych. 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) nastolatków

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) młodzieży prowadzona będzie przez wychowawców, pedagogów lub psychologów szkolnych na zajęciach z wychowawcą. Podkreślono, że odbędzie się ona w formie 2 spotkań 45-minutowych w każdej spośród 321 klas szkół podstawowych (klasy IV-VIII) oraz ponadpodstawowych (klasy I-V). W treści programu wskazano 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. Należy zaznaczyć, że ankieta sprawdzająca poziom wiedzy w grupie dzieci i młodzieży powinna być dostosowana do wieku tej populacji.

Konsultacje telefoniczne/online

Poradnictwo psychologiczne realizowane będzie przez psychologa/psychoterapeutę w wymiarze 4 godzin tygodniowo w całym okresie realizacji programu (23 miesiące). Mają one na celu udzielanie wsparcia psychologicznego nauczycielom, uczniom oraz rodzicom w zakresie problemów związanych z zaburzeniami nastroju.

Badania przesiewowe

W treści programu wskazano, że badania przesiewowe realizowane będą przez psychologa/psychoterapeutę lub, w razie trudności z dostępem do tego rodzaju specjalistów – psychologa/pedagoga. Podkreślono, że działania te 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 badania przesiewowe obejmować będą kwalifikację do terapii zaburzeń nastroju uczestników programu, którzy uzyskali pozytywny wynik w badaniu przesiewowym.

Zastosowanie kwestionariusza CDI 2 częściowo znajduje odzwierciedlenie w przygotowanych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia rekomendacjach, w których wskazano, że normy polskie dla tego kwestionariusza opracowane są dla populacji w wieku od 7 do 18 lat (MZ 2019). Należy jednak podkreślić, że w projekcie górną granicę wieku określono na 19 r.ż.

Terapia zaburzeń nastroju u dzieci i młodzieży

W projekcie wskazano, że sesje terapeutyczne realizowane będą dla zakwalifikowanych uczestników w formie 45-minutowych wizyt raz w tygodniu przez kolejnych 10 tygodni. Terapia 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. np. kwestionariusza CDI 2 – Inwentarza Depresji Becka) oraz ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych. Podkreślono, że przed badaniem, specjalista odbędzie rozmowę poprzedzającą, której celem będzie przygotowanie uczestnika do badania. W treści programu zaznaczono, że specjalista wykona następnie wstępną ocenę sytuacji klinicznej pacjenta w kierunku wykrycia depresji poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi diagnostycznych, m.in. kwestionariuszy dostosowanych do wieku dzieci i młodzieży, obserwacji oraz wywiadu z dzieckiem i rodzicem dziecka. Wskazano także, że uczestnicy w wieku 13 lat i więcej powinni wypełniać kwestionariusz przeznaczony do samodzielnego wypełnienia. Na wizycie początkowej wymagana jest obecność rodzica, któremu należy udzielić pełnej informacji o celu procesu terapeutycznego planowanego dla dziecka oraz sposobach postępowania z dzieckiem w środowisku domowym/szkolnym, a także pełnej odpowiedzi na wszystkie zadawane pytania.

W treści programu 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. Zaznaczono także, że specjalista przekaże pacjentowi post-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym.

W sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań objętych programem, rodzice dziecka będą poinformowani o konieczności i możliwości wykonania badań uzupełniających oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych (w ramach NFZ). Zaznaczono również, że po zakończeniu działań terapeuta sporządzi krótką notatkę informacyjną dla lekarza rodzinnego.

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 szkoleniu dla nauczycieli*", „*liczby rodziców nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji*", „*liczby nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji*", „*liczby osób, które skorzystały z poradnictwa telefonicznego/online*", „*liczby osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych*", „*liczby 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*". 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 oraz na podstawie bieżącej analizy pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu. Do projektu załączono wzory ww. ankiet dla rodziców oraz kadry pedagogicznej, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu będzie dokonywana na podstawie: *„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, 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 nauczycieli, 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 „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. Zaplanowane w projekcie badanie przesiewowe oraz interwencje w zakresie terapii zaburzeń nastroju powinny zostać uwzględnione w ramach oceny efektywności programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu, które w większości dotyczą działań przygotowawczych, co należy uzupełnić.

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 przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Miasta Krosna oraz szkołami, organizacjami pozarządowymi, pracodawcami, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Wskazano także, że akcje promocyjne odbywać się mogą również poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych, a także poprzez przesłanie rodzicom.

Koszty całkowite oszacowano na 1 505 510 zł. Określono koszty jednostkowe, zaplanowano budżet na ewaluację i monitorowanie programu.

Program ma zostać sfinansowany ze środków miasta Krosno.

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), zatruć 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 się, 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, metaanalia 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).

Opinie ekspertów klinicznych

Według ekspertów z dziedziny psychologii i psychiatrii zaburzenia depresyjne i zaburzenia nerwicowe wymagają obok innych form leczenia (farmakoterapii) głównie pomocy psychologicznej i psychoterapii - często jako wiodącej formy interwencji leczniczej. Konieczne jest prowadzenie systematycznej, planowej psychoedukacji i równoległych do farmakoterapii oddziaływań psychoterapeutycznych. W procesie tym powinni być uwzględnieni psychoterapeuci, psychologowie, pedagodzy (w szkołach i innych placówkach oświatowych), jako osoby prowadzące profilaktykę i działania pomocowe w zakresie udzielania interwencji psychologicznej i psychoterapii. W zakresie populacji niezwykle ważne wydaje się prowadzenie działań edukacyjnych w wyodrębnionych grupach młodzieży, ludzi w podeszłym wieku, jak również przyjrzenie się zjawisku depresji okołoporodowej. Istotnym jest aby podejmowane działania miały charakter ciągły. Świadomość społeczną najłatwiej modyfikować poprzez działania edukacyjne (zwiększenie wiedzy). Najskuteczniej można przekazać tę wiedzę poprzez organizowanie kampanii na rzecz zmiany postaw wobec choroby oraz chorych psychicznie, a także prowadzenie określonych działań profilaktycznych.

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

PREZES

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 późn. zm), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.71.2024 *„Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat na terenie miasta Krosna na lata 2027-2028”,* data ukończenia: listopad 2024, oraz opinii Rady Przejrzystości nr 178/2024 z dnia 18 listopada 2024 roku o projekcie programu *„Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat na terenie miasta Krosna na lata 2027-2028”.*