



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 1/2025 z dnia 13 stycznia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej „NASTROIMY ŁÓDZKIE”
program dotyczący zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych,
związanych ze stresem i pod postacią somatyczną

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „NASTROIMY ŁÓDZKIE” program dotyczący zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia nastroju oraz zaburzenia nerwicowe w populacji osób dorosłych. Zaburzenia psychiczne stanowią problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego, a także pogorszenie funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji. Narastające objawy depresji i zaburzeń psychicznych wymagają szczególnej uwagi, zwłaszcza dlatego, że doprowadzić mogą do próby samobójczej lub samobójstwa.

Należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię warunkowo pozytywną (219/2018). Zgłoszone wówczas uwagi zostały uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu.

Ponadto, do Agencji wpłynął raport końcowy z realizacji poprzedniej edycji PPZ. W treści raportu końcowego wskazano, że program był realizowany zgodnie z założeniami w latach 2019-2022, a efekty zdrowotne oraz rezultaty związane z aktywnością zawodową zostały osiągnięte w stopniu przewyższającym założenia.

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 celów szczegółowych oraz mierników efektywności.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powieły u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia, co zostało uwzględnione w ocenianym projekcie.

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 społeczeństwo. 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 zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych w populacji osób dorosłych, zaplanowany do realizacji przez Województwo łódzkie. Zgodnie z zapisami projektu okres realizacji obejmuje lata 2024-2029. Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 55 752 193,20 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 są zaburzenia nastroju oraz zaburzenia nerwicowe w populacji osób dorosłych. Przedstawiono charakterystykę chorób takich jak epizod depresyjny, zaburzenia lękowe z napadami lęku, lęk antycypacyjny, agorafobia, zaburzenia lękowe uogólnione, ostra reakcja na stres, zaburzenia stresowe pourazowe oraz zaburzenia adaptacyjne. Przedstawiono także różnice występujące pomiędzy depresją a nerwicą.

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 109,13 tys. pacjentów w województwie łódzkim. Jednocześnie, województwo łódzkie zajmuje 6. miejsce w Polsce pod względem liczby pacjentów korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Podkreślono, że „*najczęściej występującą grupą zaburzeń wśród pacjentów dorosłych korzystających ze świadczeń stanowią zaburzenia lękowe, na drugim miejscu występowały zaburzenia nastroju, natomiast na trzecim zaburzenia organiczne*”.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w województwie łódzkim „*mieszkańcy województwa częściej niż mieszkańcy Polski ogółem byli diagnozowani i leczeni z powodu: zaburzeń lękowych (1 842,5 vs. 1 680,1/100 tys.), zaburzeń organicznych (1 033,7 vs. 806,9/100 tys.), zaburzeń nastroju (982,2 vs. 972,8/100 tys.), uzależnień (916,6 vs. 841,4/100 tys.), schizofrenii (568,5 vs. 520,2/100 tys.), niepełnosprawności intelektualnej (203,0 vs. 195,3/100 tys.), zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (150,1 vs. 128,7/100 tys.). Według wariantu demograficznego „zindywidualizowanego”, w latach 2020-2029 przewidywany jest wzrost zapadalności jedynie w zakresie zaburzeń organicznych (o ponad 3%), co ma niewątpliwie związek z nasilającym się zjawiskiem starzenia się społeczeństwa*”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „powrót do sprawności psychicznej, umożliwiającej wydłużenie aktywności zawodowej lub podjęcie pracy, co najmniej 60% wśród 5 294 mieszkańców z województwa łódzkiego (pracujących lub bezrobotnych zarejestrowanych), z zaburzeniami nastroju, zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną, uczestniczących w Programie w latach 2024-2029”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny wydaje się możliwy do zrealizowania ze względu na zaplanowane w projekcie działania. W ocenianym programie wskazano na dwukrotne (podczas pierwszej i końcowej konsultacji psychiatrycznej) zastosowanie wybranych kwestionariuszy oceniających stan psychiczny uczestników. Wskazano następujące narzędzia pomiarowe: skala depresji Becka, DKO – skala depresyjności, C ECS- Skala Kontroli Emocji, skala bezsenności, skala zaburzeń lękowych Becka, STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, skala lęku Hamiltona.

W treści projektu programu zaproponowano 6 celów szczegółowych:

- (1) „uzyskanie poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, u co najmniej 60% osób uczestniczących w Programie w latach 2024-2029, określanej na podstawie wyników przeprowadzonych testów”,
- (2) „zmniejszenie negatywnych emocji i lęku w obszarze psychologicznym, u co najmniej 60% osób uczestniczących w Programie w latach 2024-2029, określanej na podstawie wyników przeprowadzonych testów”,
- (3) „uzyskanie poprawy stanu psychicznego, u co najmniej 40% osób uczestniczących w Programie w latach 2024-2029, określanej na podstawie wyników przeprowadzonych testów”,
- (4) „zwiększenie świadomości na temat własnej choroby oraz wiedzy na temat zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, u co najmniej 80% osób uczestniczących w Programie w latach 2024-2029 określanej na poziomie deklaratywnym na podstawie wyników przeprowadzonych ankiet”,
- (5) „wzmocnienie umiejętności oraz wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami, u co najmniej 40% uczestniczących w Programie w latach 2024-2029, zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, określanej na poziomie deklaratywnym na podstawie wyników przeprowadzonych ankiet”,
- (6) „zwiększenie liczby osób, które po zakończeniu udziału w Programie w latach 2024-2029 podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie, co najmniej 40%”.

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 1-3 wydają się możliwe do zrealizowania ze względu na zaplanowane w projekcie działania kompleksowej interwencji psychologicznej. W treści PPZ wskazano, że „poprawa jakości życia w obszarze psychologicznym” (cel nr 1), „zmniejszenie negatywnych emocji i lęku w obszarze psychologicznym” (cel nr 2) oraz „uzyskanie poprawy stanu psychicznego” (cel nr 3) mierzone będą dwukrotnie, na pierwszej konsultacji psychiatrycznej oraz drugiej wizycie końcowej, przy pomocy kwestionariuszy. Należy zaznaczyć, że zaplanowano narzędzia pomiarowe odnoszą się do celów

szczegółowych nr 1-3. Nie doprecyzowano jednak jak definiowana będzie „jakość życia w obszarze psychologicznym”. Ponadto cel szczegółowy nr 3 odnoszący się do „uzyskania poprawy stanu psychicznego” wydaje się stanowić powielenie celu głównego zakładającego „powrót do sprawności psychicznej”. Cel szczegółowy nr 4 składa się z dwóch odrębnych założeń. Założenie odnoszące się do „zwiększenia świadomości na temat własnej choroby” jest sformułowane nieprawidłowo, ponieważ świadomość jest w istocie niemierzalna. Drugie założenie odnosi się do wzrostu poziomu wiedzy uczestników PPZ. Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Do projektu nie załączono jednak wzoru ww. testów, zatem nie była możliwa ich weryfikacja. Wskazano natomiast, że ankiety dotyczące oceny stanu wiedzy o zaburzeniach i sposobach radzenia sobie z nimi zostaną opracowane przez Beneficjenta. Należy jednocześnie zaznaczyć, że załączono do projektu ankietę satysfakcji, która zawiera pytanie odnoszące się do oceny wzrostu wiedzy uczestników. Pytanie to ma jednak charakter wyłącznie deklaracyjny, nie może zatem stanowić obiektywnego sposobu pomiaru wzrostu wiedzy uczestników programu. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należałoby również zdefiniować pożądaną wartość wzrostu wiedzy/umiejętności uczestników (np. o 30%). Należy przy tym także zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi w pre-teście).

Cel szczegółowy nr 5 odnosi się do „wzmocnienia umiejętności oraz wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami”. Cel ten został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ cel ten w istocie również odnosi się do wzrostu wiedzy. W opisie mierników efektywności i sposobach ich pomiaru wskazano, że „wzmocnienie umiejętności w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami” będzie ocenione na podstawie „porównania wyników ankiet przeprowadzonych na poradzie psychiatrycznej diagnostycznej i wizycie końcowej opracowanych przez Beneficjentów na temat stanu wiedzy o zaburzeniach i sposobach radzenia sobie z nimi”.

Cel szczegółowy nr 6 odnosi się do zwiększenia liczby osób, które po zakończeniu udziału w programie podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie i wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie działań. Zaznaczono, że pomiar osiągnięcia tego celu zostanie dokonany na podstawie dokumentacji dotyczącej zatrudnienia uczestników – zaświadczenia od pracodawcy/kopii umowy o pracę. Zaznaczono, że pomiar przeprowadzony zostanie do 4 tygodni od zakończenia udziału uczestnika w programie.

Przy czym okres realizacji programu wymaga aktualizacji, co powinno także znaleźć odzwierciedlenie w brzmieniu celów programu.

W treści projektu programu zaproponowano 6 mierników efektywności:

- (1) „liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym na podstawie wyników testów. Wartość docelowa: co najmniej 60%”,
- (2) „liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) doszło do zmniejszenia negatywnych emocji i lęku w obszarze psychologicznym na podstawie wyników testów. Wartość docelowa: co najmniej 60% uczestników”,
- (3) „liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) nastąpiła poprawa stanu psychicznego. Wartość docelowa: co najmniej 40%”,

- (4) „liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) uzyskano wzrost samoświadomości na temat własnej choroby oraz wiedzy na temat zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną. Wartość docelowa: co najmniej 80%”,
- (5) „liczba osób, u których (w związku z udziałem w Programie) uzyskano wzmocnienie umiejętności w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami”,
- (6) „liczba osób, które po zakończeniu udziału w Programie podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie”.

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. Mierniki nr 1-4 oraz 6 zostały sformułowane prawidłowo i odnoszą się do poszczególnych celów PPZ. Miernik nr 5 został sformułowany niepoprawnie – powinien odnosić się do wzrostu wiedzy. Ponadto nie przedstawiono miernika efektywności dla celu głównego, co należy uzupełnić.

Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane zostaną do mieszkańców województwa łódzkiego będących osobami pracującymi narażonymi na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub do mieszkańców województwa łódzkiego będących bezrobotnymi zarejestrowanymi, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.

W województwie łódzkim liczba osób pracujących według stanu na 31 grudnia 2022 r. wynosiła 1 003 117, a liczba osób bezrobotnych wynosiła 54 397. Przedstawione dane są zbliżone do danych znajdujących się na stronie GUS. Zaznaczono, że liczba osób korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie łódzkim w 2022 r. wyniosła 105 873 osób, z czego w tym samym roku wystawiono 104 900 zaświadczeń z tytułu choroby własnej. Jednocześnie liczba osób korzystających ze świadczeń to prawie 10% osób pracujących. Zaznaczono, że biorąc pod uwagę wielkość kwoty przewidzianej na niniejszą interwencję oraz ograniczenia budżetowe dostępnych środków przyjęto, iż wielkość populacji kwalifikującej się do programu to 5 294 osoby, tj. 5% osób korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

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

Interwencja

W projekcie programu planowane jest przeprowadzenie następujących działań: kwalifikacja formalna do programu; krok I – porada psychiatryczno-diagnostyczna; krok II – porada psychologiczno-diagnostyczna; krok III – terapie: grupowy trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej, indywidualne spotkania z psychologiem/psychoterapeutą, terapia grupowa; krok IV – treningi: trening redukcji stresu – grupowy oraz trening relaksacyjny – grupowy; krok V – wizyta końcowa.

Kwalifikacja formalna

W treści projektu podkreślono, że kandydaci na uczestników programu mogą zgłaszać się bezpośrednio do podmiotów realizujących projekty. W podmiotach zostaną przeprowadzone czynności związane z kryteriami formalnymi rekrutacji, spełniając łącznie przedstawione w projekcie kryteria włączenia.

Kwalifikacja medyczna

W programie podkreślono, że kwalifikacja pacjenta do programu przeprowadzona zostanie przez personel spełniający wymogi określone w opisie projektu.

I krok – porada psychiatryczno-diagnostyczna

W ramach konsultacji psychiatrycznej zaplanowano następujące działania: wywiad z uczestnikiem; analiza posiadanej i przedstawionej przez uczestnika dokumentacji medycznej – dla rozpoznania ICD F32 i F33 oraz F41 dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 5 lat; dla rozpoznania ICD F43 - dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 3 lata. Następnie wskazano na przeprowadzenie testów tj.: skala depresji Becka, DKO – skala depresyjności, skala bezsenności, skala zaburzeń lękowych Becka, STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, Skala Lęku Hamiltona, oraz CECS – Skala Kontroli Emocji. Podczas konsultacji psychiatrycznej zaplanowano także przeprowadzenie ankiet na temat stanu wiedzy o zaburzeniach i sposobach radzenia sobie z nimi, a także potwierdzenie rozpoznania.

Podkreślono, że konsultację psychiatryczno-diagnostyczną przeprowadzi lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.

Wskazano, że w wyniku porady psychiatrycznej lekarz wystawi zaświadczenie potwierdzające, iż po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną oraz przeprowadzeniu testów pacjent kwalifikuje się do udziału w programie. Natomiast w przypadku braku zakwalifikowania do udziału w programie konieczne będzie uzasadnienie decyzji lekarza.

Zaznaczono jednocześnie, że przypadki, które będą wymagały leczenia specjalistycznego np. pacjenci z objawami psychosomatycznymi, pacjenci z dużym ryzykiem suicydalnym, w stanie somatycznym który uniemożliwia dalszy udział w programie, będą musieli być wyłączeni z programu. Wskazano, że uczestnik powinien zostać pokierowany do odpowiedniej jednostki medycznej celem dalszego leczenia. Zaznaczono, że porada powinna trwać ok. 60 min.

II krok – porada psychologiczno-diagnostyczna

W ramach konsultacji psychologicznej zaplanowano działania takie jak: wywiad z uczestnikiem, w tym rozmowa na temat aktywności zawodowej oraz motywacji do udziału w projekcie; analiza posiadanej i przedstawionej przez uczestnika dokumentacji medycznej (okresy ważności analogicznie jak w przypadku porady psychiatryczno-diagnostycznej). W dalszej kolejności zaplanowano przeprowadzenie przy pomocy wystandaryzowanych narzędzi: pogłębionej diagnostyki osobowości, oceny procesów poznawczych, oceny innych dyspozycji psychicznych. Następnie wskazano na sformułowanie indywidualnego planu terapeutycznego (IPT), który będzie uwzględniał etapy lub działania, jakie należy wykonać w procesie terapii dla osiągnięcia stawianego celu z uwzględnieniem przedstawionych wniosków, wraz z harmonogramem konsultacji telefonicznych (dotyczy terapii DBT - terapia dialektyczno-behawioralna). Na tym etapie personel określi ścieżkę dla danego uczestnika, tj. w której z trzech terapii uczestnik weźmie udział (DBT, terapii indywidualnej lub grupowej), oraz w którym z dwóch treningów uczestnik weźmie udział (redukcji stresu lub relaksacyjnym). Ostatnim działaniem będzie omówienie planowanych postępów w terapii.

W treść PPZ wskazano, że poradę psychologiczno-diagnostyczną przeprowadzi psycholog, lub specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej.

Podkreślono, że w wyniku porady psychologiczno-diagnostycznej osoba przeprowadzająca poradę wystawi zaświadczenie potwierdzające, iż po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną oraz przeprowadzeniu diagnostyki pacjent kwalifikuje się do udziału w programie. Zaznaczono jednocześnie, że w przypadku braku zakwalifikowania do udziału w programie konieczne będzie uzasadnienie decyzji. Podkreślono, że porada powinna trwać ok. 60 min. Wskazano także, że porada psychologiczna będzie dostępna dla wszystkich zakwalifikowanych przez lekarza uczestników programu.

Ponadto podkreślono, że w ramach programu celowo uwzględniono dwuetapową diagnostykę, tj. poradę psychiatryczną i poradę psychologiczną z uwagi na fakt, iż: w I kroku tj. podczas porady psychiatryczno-diagnostycznej lekarz psychiatra będzie kwalifikował pacjenta pod kątem zdrowia psychicznego (wykluczając ewentualne zaburzenia lub choroby psychiczne, które mogłyby stanowić przeszkodę do wzięcia udziału w programie). Natomiast w II kroku podczas porady psychologiczno-diagnostycznej psycholog będzie kwalifikował pacjenta pod kątem sprawności psychologicznej (poznawczej, emocjonalnej, społecznej), niezbędnej do udziału w programie.

III krok – terapia

W treści projektu podkreślono, że w trakcie terapii w ramach kroku III personel prowadzi będzie edukację pacjentów, która ma na celu przekazywanie wiedzy na temat funkcjonowania człowieka w różnych okolicznościach życiowych i warunkach społecznych. Podkreślono, że edukacja będzie prowadzona w zakresie świadomości choroby, kontrolowania stresu, prowadzenia regularnego trybu życia oraz zapobiegania zachowaniom suicydalnym. Zaznaczono, że celem pożądaných edukacji będzie poprawa funkcjonowania między epizodami, radzenie sobie z występującymi objawami poprawa samopoczucia (dobrostanu) i jakości życia.

Grupowy trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT)

W treści programu podkreślono, że trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej to metoda składająca się z czterech trybów.

Jako pierwszy tryb wskazano terapię indywidualną (12 spotkań z uczestnikiem średnio 1 godz./1 raz w tygodniu).

W ramach drugiego trybu wskazano na wsparcie telefoniczne (krótkie rozmowy telefoniczne lub wymiany wiadomości, gdy uczestnik potrzebuje pomocy by zastosować umiejętności lub poradzić sobie z kryzysem, ale też gdy chce pochwalić się sukcesem).

Trzeci tryb określono jako spotkania konsultacyjne zespołu terapeutycznego (koleżeńska superwizja, gdzie terapeuci dzielą się między sobą swoimi trudnościami związanymi z pracą).

Czwarty tryb stanowi grupowy trening umiejętności (grupa 4-12 osób) składający się z czterech modułów, tj. I moduł: „Uważność”, II moduł: „Skuteczność interpersonalna”, III moduł: „Regulacja emocji”, „IV moduł: Przetrawianie kryzysu / Akceptacja rzeczywistości” trwającego 24 spotkania średnio 2 godziny 2 razy w tygodniu.

Podkreślono, że całkowity wymiar godzinowy treningu DBT wynosi 60 godz. (12 godz. terapii indywidualnej i 48 godz. terapii grupowej).

Wskazano, że personelem realizującym trening będzie psycholog, lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub terapeuta posiadający ukończony kurs z DBT.

W treści PPZ wskazano, że w ramach grupowego treningu DBT przeprowadzonych zostanie łącznie 36 spotkań przez ok. 5 miesięcy.

Należy zaznaczyć, że nazwa interwencji odnosi się do grupowych treningów umiejętności, a pierwsze dwa tryby treningu odnoszą się do terapii indywidualnych. Ponadto, czas trwania poszczególnych terapii również został podzielony względem ilości osób. Mając na uwadze powyższe, kwestie dotyczącą grupowego treningu DBT, należało by doprecyzować.

Indywidualne spotkania z psychologiem/z psychoterapeutą

Podczas indywidualnych sesji terapeutycznych będzie miało miejsce diagnozowanie przyczyny złego stanu psychicznego. Zaznaczono, że spotkanie to będzie stanowiło punkt wyjścia do dalszej pracy nad przywróceniem równowagi życiowej i osiągnięciem satysfakcji na poziomie zawodowym lub prywatnym. Zaznaczono, że podczas sesji uczestnicy będą mieli możliwość podwyższenia swojej samooceny. Podkreślono, że spotkania indywidualne z psychologiem lub psychoterapeutą obejmą pomoc psychologiczną. Zaznaczono również, że spotkania te będą stanowiły optymalne rozwiązanie dla uczestników, którzy nie dysponują czasem na bardziej absorbujące czasowo terapie grupowe.

Wskazano, że spotkania indywidualne realizowane będą przez psychologa lub osobę posiadającą certyfikat psychoterapeuty, lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.

W ramach programu zaplanowano 12 spotkań (prowadzonych łącznie przez ok. 5 miesięcy) trwających średnio 1 godz., raz w tygodniu.

Terapia grupowa

W treści PPZ wskazano, że grupa, która będzie brała udział w terapii, tworzy pewnego rodzaju społeczność, z jej strukturami i wewnętrznymi zależnościami. Podkreślono, że mając na uwadze powyższe terapia grupowa przynosi najlepsze efekty wśród osób, które borykają się z problemami natury społecznej. Wskazano, że z tego względu uczestnikami terapii grupowej są często osoby z zaburzeniami osobowości, które w trakcie leczenia zyskują możliwość do przepracowania swoich złych nawyków. Zaznaczono, że terapia grupowa polega na pracy terapeutów z kilkoma lub kilkunastoma osobami, które zmagają się z tym samym lub podobnym problemem. Podkreślono także, że tę formę psychoterapii praktykuje się przede wszystkim w leczeniu zaburzeń nerwicowych.

Zaznaczono, że personelem realizującym trening będzie psycholog, lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub osoba posiadająca zaświadczenie o ukończeniu 2-go roku szkolenia terapeutycznego.

W ramach terapii grupowej zaplanowano spotkania (prowadzone łącznie przez ok. 5 miesięcy), trwające średnio 2 godz., 2 razy w tygodniu w grupach liczących 4-12 osób.

IV krok – treningi psychologiczne

Trening redukcji stresu – grupowy

Podkreślono, że trening będzie dostępny dla uczestników programu i wzięcie w nim udziału będzie zalecane przez osobę sporządzającą IPT. Zaznaczono jednocześnie, że uczestnik, który weźmie udział w treningu redukcji stresu nie będzie mógł brać udziału w treningu relaksacyjnym. Wskazano, że celem treningu jest zwiększenie kompetencji uczestników w zakresie umiejętności relaksacji psychofizycznej oraz aby każdy uczestnik nauczył się jak radzić sobie ze stresem, jak zmniejszać napięcie nerwowe, a także, aby umiał znaleźć w sobie równowagę emocjonalną.

Wskazano przykładowy zakres tematyczny tj.: wprowadzenie do uważności i odporności na stres, konstruktywne radzenie sobie z problemami, proces aktywnego skupiania uwagi, aktywne doświadczanie rzeczywistości, rozwijanie świadomości siebie, doświadczanie poczucia własnej skuteczności, aktywnej postawy, umiejętności obniżania objawów psychosomatycznych

spowodowanych stresem, trudne myśli, emocje i doświadczenie, wzmacnianie siły koncentracji oraz inteligencja emocjonalna.

Podkreślono, że w ramach treningu możliwe będzie zaproponowanie warsztatów manualnych (np. dotyczących: ceramiki, malowania, tworzenia biżuterii).

Podkreślono, że trening redukcji stresu poprowadzi psycholog, lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub osoba posiadająca zaświadczenie o ukończeniu 2-go roku szkolenia terapeutycznego.

W ramach treningu redukcji stresu zaplanowano 8 spotkań grupowych dla uczestników, trwających średnio 1,5 godz., 1 raz w tygodniu w grupach liczących 10-15 osób. Podkreślono jednocześnie, że treningi będą mogły odbywać się równoległe do udziału w terapii w zależności od możliwości organizacyjnych i czasowych uczestnika, tj. w czasie uczestnictwa w terapii w ramach kroku III (tj. terapii DBT lub indywidualnej lub grupowej) lub po zakończeniu udziału w kroku III.

Trening relaksacyjny – grupowy

W treści PPZ podkreślono, że trening będzie dostępny dla uczestników programu i wzięcie w nim udziału będzie zalecane przez osobę sporządzającą IPT. Wskazano, że uczestnik, który weźmie udział w treningu redukcji stresu nie będzie mógł brać udziału w treningu relaksacyjnym. Zaznaczono, że jedne z najbardziej popularnych metod relaksacyjnych to: techniki oddechowe, PMR, czyli progresywna relaksacja mięśniowa, trening autogenny Shultza oraz medytacja i mindfulness.

Podkreślono także, że trening relaksacyjny grupowy poprowadzi psycholog lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub osoba posiadająca zaświadczenie o ukończeniu 2-go roku szkolenia terapeutycznego.

W ramach treningu relaksacyjnego – grupowego zaplanowano 8 spotkań grupowych dla uczestników, trwających średnio 1,5 godz., 1 raz w tygodniu, w grupach liczących 10-15 osób. Zaznaczono, że treningi będą mogły odbywać się równoległe do udziału w terapii w zależności od możliwości organizacyjnych i czasowych uczestnika, tj. w czasie uczestnictwa w terapii w ramach kroku III (tj. terapii DBT lub indywidualnej lub grupowej) lub po zakończeniu udziału w kroku III.

V krok – wizyta końcowa

Wizyta końcowa po zakończonym udziale w kroku IV

W ramach wizyty końcowej zaplanowano wywiad z uczestnikiem na zakończenie terapii, a także przeprowadzenie testów oraz porównanie ich wyników z testami przeprowadzonymi na wizycie psychiatryczno-diagnostycznej. W ramach wizyty końcowej zaplanowano także przeprowadzenie ankiet na temat stanu wiedzy o zaburzeniach i sposobach radzenia sobie z nimi oraz porównanie ich wyników z testami przeprowadzonymi na pierwszej wizycie diagnostycznej, a także wypełnienie dokumentacji na zakończenie udziału uczestnika w projekcie. Podkreślono także, że w sytuacji gdy uczestnik programu wymaga dalszej opieki lekarz pokieruje go do odpowiedniej jednostki medycznej celem dalszego leczenia. Zaznaczono także, że wizyta powinna trwać ok. 60 min.

W treści PPZ wskazano, że wizytę końcową poprowadzi lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. Podkreślono jednocześnie, że w sytuacji, gdy uczestnicy wezmą udział w treningu redukcji stresu lub treningu relaksacyjnym będą musieli obowiązkowo wziąć udział w wizycie końcowej.

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 zgłosiły się do udziału w programie”, „liczby osób zakwalifikowanych do programu”, „liczby osób uczestniczących w poszczególnych formach wsparcia”, „liczby osób uczestniczących w poradzie psychiatrycznej – diagnostycznej”, „liczby osób uczestniczących w poradzie psychologicznej – diagnostycznej”, „liczby osób uczestniczących w grupowym treningu umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT)”, „liczby osób uczestniczących w indywidualnych spotkaniach z psychologiem/psychoterapeutą”, „liczby osób uczestniczących w terapii grupowej”; „liczby osób uczestniczących w treningu redukcji stresu – grupowym”, „liczby osób uczestniczących w treningu relaksacyjnym – grupowym”, „liczby osób uczestniczących w wizycie końcowej” oraz „liczby osób, które zrealizowały pełną ścieżkę programu”. Ponadto zaznaczono, że analizie poddane zostaną przyczyny braku uczestnictwa lub rezygnacji pacjentów z poszczególnych etapów lub części programu, w celu ich identyfikacji oraz wypracowania skutecznych sposobów zapobiegania im w późniejszym czasie. Podkreślono, że „każdy beneficjent będzie zobowiązany do kontaktu z osobą, która omija poszczególne części programu w celu ustalenia przyczyny i przywrócenia (w miarę możliwości) zaangażowania pacjenta”. Powyższe mierniki będą sprawozdawane w tzw. sprawozdaniach merytorycznych, poza wnioskami o płatność. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaprojektowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie analizy ankiet satysfakcji skierowanych do uczestników programu. Do projektu załączono wzór ww. ankiety. Przedstawiony dokument zawiera jedno pytanie odnoszące się do oceny jakości świadczeń udzielonych w programie. Należy zaznaczyć, że biorąc pod uwagę szeroki zakres realizowanych świadczeń należałoby uwzględnić dodatkowe pytania odnoszące się do oceny jakości poszczególnych działań realizowanych w programie.

Ocena efektywności programu będzie dokonywana na podstawie: „liczby osób, u których (w związku z udziałem w Programie) doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym na podstawie wyników testów”, „liczby osób, u których (w związku z udziałem w Programie) doszło do zmniejszenia negatywnych emocji i lęku w obszarze psychologicznym na podstawie wyników testów”, „liczby osób, u których (w związku z udziałem w Programie) nastąpiła poprawa stanu psychicznego”, oraz „liczby osób, które po zakończeniu udziału w Programie podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie”. 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. Ponadto należy uwzględnić uwagi dotyczące mierników efektywności.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Przedstawiono także 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 Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego. Podkreślono, że dobór środków przekazu będzie należał do realizatorów projektów i wykorzystywał będzie dostępne narzędzia, jak np. Internet, w tym najpopularniejsze media społecznościowe, prasa, radio i telewizja lokalna/regionalna. Wskazano także, że każdy z realizatorów zobowiązany będzie utworzyć w ramach istniejącej/utworzonej strony realizatora zakładkę

zawierającą informacje o realizacji projektu z odniesieniem do programu uwzględniającą w szczególności informacje o realizacji programu, jego celu, ramach czasowych, kryteriach i sposobie kwalifikacji, zasadach udzielania świadczeń.

Koszty całkowite oszacowano na 55 752 193,20 zł. Określono koszty jednostkowe, zaplanowano budżet na ewaluację i monitorowanie w ramach kosztów pośrednich realizacji programu.

Oszacowano uśredniony koszt na 1 uczestnika wskazując, że zakłada, że uczestnik weźmie udział w wybranej dostępnej w programie ścieżce oraz wykorzysta maksymalną liczbę godzin dostępną na osobę tj. max.75 godzin rozłożoną na ok. 8 miesięcy udziału jednej osoby w programie.

Program ma zostać sfinansowany w 85% ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w 5% z budżetu państwa oraz w 10% z wkładu własny Beneficjenta.

Okres realizacji programu został wyznaczony na lata 2024-2029. Należy jednak zaznaczyć, że wskazane rozpoczęcie realizacji programu w 2024 r. nie będzie możliwe, biorąc pod uwagę termin wydania opinii przez Agencję i wymaga aktualizacji.

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 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

- W celu budowania pozytywnego zdrowia psychicznego naszego społeczeństwa niezbędne wydają się następujące działania:
 - zwiększanie wiedzy na temat pozytywnego zdrowia psychicznego oraz opracowanie zrozumiałego języka dotyczącego promocji zdrowia psychicznego służącego komunikacji ze społeczeństwem,
 - wypracowanie rozwiązań systemowych dla opracowywania, finansowania i realizacji programów promocji zdrowia psychicznego,
 - wprowadzenie problematyki pozytywnego zdrowia psychicznego do podstawy programowej kształcenia lekarzy, nauczycieli, psychologów, pracowników socjalnych i innych profesji związanych z niesieniem pomocy,
 - tworzenie modelowych programów promocji zdrowia psychicznego dla różnych grup społecznych (przede wszystkim dla rodzin, dla systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą, dla osób w podeszłym wieku),
 - budowanie środowiska specjalistów (praktyków i badaczy) (RPO 2014).
- Istotne jest zapewnienie dostępu do informacji na temat leczenia i dostępnych świadczeń w przypadku występowania zaburzeń psychicznych. Przekazane informacje powinny być udzielane w zrozumiałej formie językowej zgodnie z zaleceniami udzielania informacji publicznej. Ważne jest, aby zakres informacji był aktualny, zawierał dane dotyczące istniejących i działających grup wsparcia, włączając instytucje pozarządowe (NHS/NICE (2011)).
- Istotne jest, aby decydenci mieli wiedzę na temat aktualnie dostępnych źródeł krajowych (organizacje i ich strony internetowe), które stanowią źródło wiedzy dla osób korzystających ze świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego. Ponadto, być w stanie udzielić informacji, w jaki sposób można dotrzeć do źródeł pomocy, oraz poddać konsultacjom i zachęcić do skorzystania z dostępnych środków wsparcia (NHS/NICE (2011)).
- W zakresie przeciwdziałania stygmatyzacji oraz promowania wsparcia społecznego należy mieć na uwadze, że osoby korzystające z pomocy psychologicznej/psychiatrycznej są narażone na stygmatyzację. Należy z ostrożnością uwzględnić płeć, orientację seksualną, wiek, pochodzenie (kulturowe, etniczne, religijne) oraz występowanie inwalidztwa. Należy uwzględniać zróżnicowanie objawów zaburzeń psychicznych w zależności od płci, wieku, pochodzenia etnicznego, kulturowego. Wszystkie wymienione aspekty w udzielaniu pomocy (NHS/NICE (2011)).

Postępowanie z pacjentami o skłonnościach samobójczych

- Jeśli pacjent jest w stanie zamętu emocjonalnego z niesprecyzowanymi myślami samobójczymi, sama sposobność do przewentylowania myśli i emocji w obecności lekarza może wystarczyć. Tym

niemniej, pacjent powinien mieć możliwość dalszego kontaktu, szczególnie, jeśli ma niedostateczne wsparcie społeczne. Niezależnie od tego, jaki problem ma osoba o skłonnościach samobójczych, zwykle odczuwa triadę emocjonalną: połączenie bezradności, beznadziejności i rozpacz (WHO 2002).

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).

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.431.88.2024 „*NASTROIMY ŁÓDZKIE*” program dotyczący zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną” data ukończenia: grudzień 2024, oraz opinii Rady Przejrzystości nr 1/2025 z dnia 7 stycznia 2025 roku o projekcie programu „*NASTROIMY ŁÓDZKIE*” program dotyczący zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną”.