



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 23/2025 z dnia 20 marca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku
12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów na lata 2025-2026”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów na lata 2025-2026” **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

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

Oceniany projekt programu zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS oraz z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, przy czym w projekcie uwzględniono zapisy zabezpieczające ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. W programie planuje się także działania edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów prawnych dzieci oraz kadry pedagogicznej, co stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię warunkowo pozytywną (32/2024). Zgłoszone wówczas uwagi zostały częściowo uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu. Należy jednak wskazać, że zaopiniowany wcześniej przez Prezesa Agencji projekt PPZ nie został wdrożony do realizacji, ze względu na trudności z pozyskaniem realizatora.

Aby zapewnić jak najwyższą jakość realizacji programu, należy uwzględnić uwagi i sugestie przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, w szczególności dotyczące:

- przeformułowania celu szczegółowego nr 4, tak, aby odnosił się do efektu zdrowotnego oraz zaprojektowania dla niego prawidłowego miernika efektywności,

- weryfikacji i ujednoczenia danych nt. liczebności populacji, wskazanej do uczestnictwa w badaniach przesiewowych, gdyż istnieje rozbieżność w tym zakresie,
- oszacowania liczebności populacji rodziców/opiekunów prawnych, którzy mają stanowić populację docelową działań edukacyjnych,
- prawidłowego zaplanowania kryterium kwalifikacji dotyczącego zatrudnienia w charakterze wychowawcy klas VI-VIII w roku szkolnym 2024/2025,
- ujednoczenia nieścisłości dotyczącej etapu przeprowadzenia badań przesiewowych, na podstawie zapisów w programie nie jest jasne czy są one osobną interwencją czy będą przeprowadzane podczas wizyty początkowej w ramach terapii zaburzeń nastroju,
- zaprojektowania odpowiednich pre- i post-testów wiedzy, z zaznaczeniem, że ankieta sprawdzająca poziom wiedzy w grupie dzieci i młodzieży powinna być dostosowana do wieku tej populacji,
- weryfikacji zaproponowanych wskaźników ewaluacji programu,
- uszczegółowienia opisu etapów PPZ w zakresie działań związanych z realizacją poszczególnych interwencji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Miasto Józefów, zakładający przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej, szkoleń on-line dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych, działań z zakresu edukacji zdrowotnej (dla nastolatków między 12 a 15 r.ż. i ich rodziców/opiekunów prawnych), badań przesiewowych w kierunku zaburzeń depresyjnych (dla rocznika 2011 i 2012) oraz terapii zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań – dla nastolatków wyłonionych w ramach badań przesiewowych). Program ma być realizowany w latach 2025-2026. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na 150 000 zł. Program ma być finansowany z budżetu Gminy Miasta Józefów.

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. 2024 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

W opiniowanym PPZ omówiono problem zdrowotny, jakim są zaburzenia depresyjne występujące w populacji dzieci i młodzieży. W projekcie przedstawiono definicję, kryteria rozpoznania, objawy oraz sposoby leczenia zaburzeń depresyjnych, odwołując się do klasyfikacji ICD-10 oraz zwracając szczególną uwagę na populację dzieci i młodzieży. Projekt programu zawiera również wykaz piśmiennictwa, na którym oparto opracowanie problemu zdrowotnego.

W projekcie odniesiono się do światowej, krajowej oraz regionalnej sytuacji epidemiologicznej, korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. Nie odniesiono się jednak do danych lokalnych dotyczących przedmiotowego problemu zdrowotnego.

W projekcie powołano się na dane WHO i wskazano, że depresja dotyka 350 mln osób na świecie i stanowi 4,3% globalnego obciążenia chorobami oraz jest jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności. Zaburzenia psychiczne występują u 10-20% dzieci i młodzieży, a samobójstwa w tej grupie wiekowej są trzecią najczęstszą przyczyną zgonów. Powołując się na Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano, że w 2022 roku w psychiatrii leczono ponad 250 tys. pacjentów poniżej 18. roku życia, w tym 16,5 tys. z zaburzeniami nastroju. W województwie mazowieckim było to 45,1 tys. i 2,66 tys. pacjentów (78,6% dziewcząt), wskaźnik pacjentów na 100 tys. mieszkańców (248,8) był zbliżony do średniej krajowej (237,4). Od 2018 roku liczba młodych pacjentów z zaburzeniami nastroju wzrosła ponad 2,5-krotnie. W 2021 roku zaburzenia te dotyczyły głównie młodzieży w wieku 12-17 lat (97%), a najczęstszą diagnozą był epizod depresyjny.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 jako rekomendowane kierunki działań dla województwa mazowieckiego, w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wskazano konieczność zwiększenia dostępności do oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego poprzez wzmocnienie opieki ambulatoryjnej i środowiskowej. Zarekomendowano także poprawę opieki nad niemowlętami i dziećmi w wieku przedszkolnym, zwłaszcza w zakresie diagnozy całościowych zaburzeń rozwojowych do 2. roku życia oraz wczesnej terapii zaburzeń więzi i przywiązania. Ponadto planuje się zwiększenie liczby poradni psychiatrycznych i psychologicznych, utworzenie zespołów leczenia środowiskowego i oddziałów dziennych w północnej części województwa oraz równomierne rozmieszczenie psychiatrów na jego terenie.

Cele i efekty programu

Głównym celem 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 odnosi się do poziomu wiedzy uczestników PPZ i wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie interwencji. Wzrost wiedzy może wynikać z wdrożonych działań edukacyjnych, a jego pomiar zaplanowano za pomocą pre- i post-testów, jednak do projektu nie załączono wzoru ww. testu, zatem nie było możliwe jego zweryfikowanie.

W projekcie zaproponowano 4 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”;
- (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”;
- (4) „Zwiększenie liczby dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju dzięki przeprowadzonym w Programie badaniom przesiewowym”.

W projekcie wskazano, że wartości docelowe oszacowano na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta, nie odniesiono się jednak do szczegółów w zakresie wspomnianych doświadczeń i nie załączono ww. rekomendacji, co warto uzupełnić.

Cele szczegółowe nr 1, 2 oraz 3 odnoszą się wzrostu wiedzy uczestników PPZ (rodziców/opiekunów prawnych, kadry szkolnej oraz dzieci i młodzieży zakwalifikowanej do sesji terapeutycznych) i wydają się możliwe do zrealizowania za pomocą zaplanowanych w projekcie działań. Należy zaznaczyć, że działaniem prawidłowym, zaproponowanym w programie, jest ocena wzrostu/utrzymania wysokiego poziomu wiedzy uczestników z użyciem pre- i post-testów, natomiast do projektu nie załączono wzorów ww. testów, w związku z czym nie było możliwe dokonanie ich weryfikacji.

Cel szczegółowy nr 4 dotyczący zwiększenia liczby dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju nie przekłada się bezpośrednio na efekt zdrowotny, gdyż samo postawienie diagnozy nie musi prowadzić do uzyskania efektu zdrowotnego. Identyfikacja objawów depresji na wczesnym etapie powinna pozwolić na szybsze rozpoczęcie leczenia i zmniejszenie ryzyka powikłań. Należy podkreślić, że w opiniowanym projekcie zaplanowano działania terapeutyczne, zetem zasadna jest ocena funkcjonowania psychologicznego za pomocą wystandaryzowanych kwestionariuszy przed i po przeprowadzeniu terapii zaburzeń nastroju.

W projekcie programu zaproponowano 5 mierników efektywności:

- (1) „Odsetek nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”;
- (2) „Odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”;
- (3) „Odsetek osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”;
- (4) „Odsetek nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi w teście) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”
- (5) „Liczba dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju dzięki przeprowadzonym w Programie badaniom przesiewowym”.

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego. Miernik nr 2 odnosi się do celu szczegółowego nr 1. Miernik nr 3 odnosi się do celu szczegółowego nr 2. Miernik nr 4 odnosi się do celu szczegółowego nr 3. Mierniki te zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Natomiast wskaźnik nr 5 może zostać wykorzystany w ramach monitorowania zgłaszalności do programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowi młodzież w wieku od 12 do 15 lat, zamieszkująca Miasto Józefów, a także kadra pedagogiczna z publicznych i niepublicznych szkół podstawowych na terenie gminy.

W projekcie przedstawiono informacje dotyczące liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w programie. Wskazano, że populacja w wieku 12-15 lat liczy około 1,1 tys. osób, a kadra pedagogiczna to około 70 osób. Obie te grupy mają zostać objęte działaniami informacyjnymi i edukacyjnymi. Warto również podkreślić, że program ma być skierowany nie tylko do uczniów i kadry pedagogicznej, ale także do rodziców i opiekunów prawnych, jednak ich liczebność nie została oszacowana.

Projekt zawiera rozbieżności w zakresie liczebności populacji, która zostanie poddana badaniom przesiewowym w ramach programu. W części opisującej populację docelową wskazano, że badania obejmą dzieci urodzone w latach 2011 i 2012, a ich liczba wynosi 590. Natomiast w części budżetowej podano, że badania przesiewowe obejmą wyłącznie populację dzieci z rocznika 2011, czyli około 265

osób. Z kolei w tabeli III, zestawiającej planowane koszty całkowite na 2025 rok, ponownie pojawia się liczba 590, kwestię tę należy doprecyzować.

W opisie populacji docelowej programu nie wskazano sposobu oszacowania liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w programie, jednak przedstawione dane są zbliżone od danych Głównego Urzędu Statystycznego.

W części budżetowej określono także liczebność populacji, która będzie mogła skorzystać z działań terapeutycznych w zakresie leczenia zaburzeń nastroju i wskazano, że z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy Miasto Józefów, sesje terapeutyczne zaplanowano dla maksymalnie 30 osób.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia i wykluczenia z udziału w programie, które podzielono w zależności od interwencji i grupy docelowej.

Kryterium włączenia do szkoleń dla kadry pedagogicznej stanowi zatrudnienie w roku szkolnym 2024/2025 jako wychowawca klas VI-VIII lub pedagog/psycholog w szkole na terenie Józefowa. W części dotyczącej opisu poszczególnych etapów realizacji programu wskazano, że interwencje rozpoczną się w III kwartale 2025 r., co wskazuje na rozbieżność, którą należy skorygować.

Pozostałe kryteria kwalifikacji oraz kryteria wyłączenia zaplanowane do działań z zakresu edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów prawnych, dzieci i młodzieży, badań przesiewowych oraz terapii zaburzeń nastroju dzieci zostały zaplanowane prawidłowo.

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

Interwencja

W programie planowane jest przeprowadzenie działań szkoleniowych z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych, działań edukacyjnych skierowanych do uczniów szkół podstawowych w wieku 12-15 lat oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, a także badań przesiewowych w kierunku zaburzeń depresyjnych i terapii zaburzeń nastroju u zakwalifikowanych dzieci z roczników 2011 i 2012.

Działania szkoleniowe dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych

Zaplanowane w programie szkolenie dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych obejmie zagadnienia związane z ryzykiem, specyfiką i skutkami zaburzeń depresyjnych i lękowych u dzieci i młodzieży oraz efektywnością działań zapobiegawczych. Szkolenie przeprowadzi psycholog lub psychoterapeuta w formie online i potrwa ono co najmniej 270 minut. Planowane jest badanie poziomu wiedzy uczestników przed i po szkoleniu za pomocą pre- i post-testu, zawierającego minimum 15 pytań zamkniętych. Szkolenie zostanie nagrane, aby umożliwić późniejsze odtworzenie i utrwalenie treści.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych nastolatków

Szkolenie dla rodziców i opiekunów uczniów w wieku 12–15 lat obejmie 90-minutowe wykłady stacjonarne, prowadzone przez psychologa lub psychoterapeutę w czterech szkołach na terenie Józefowa. Tematyka dotyczyć będzie profilaktyki zaburzeń psychicznych, skuteczności terapii, grup ryzyka oraz dostępnych form pomocy, w tym telefonu zaufania. Wiedza uczestników zostanie zweryfikowana za pomocą pre- i post-testu, zawierającego minimum 10 pytań zamkniętych.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków

Program psychoedukacji nastolatków (12-15 lat) realizowany będzie w ramach lekcji wychowawczych przez przeszkolonych pedagogów, psychologów i wychowawców. Tematyka obejmuje czynniki ryzyka depresji, metody radzenia sobie z zaburzeniami nastroju oraz konieczność szukania pomocy

w trudnych sytuacjach. W projekcie wskazano, że działania edukacyjne pozwolą na rozwój umiejętności życiowych, radzenia sobie ze stresem, podejmowania decyzji i budowania poczucia własnej wartości. Wiedza uczestników zostanie oceniona za pomocą pre-testu i post-testu. Należy zatem zaznaczyć, że ankieta sprawdzająca poziom wiedzy w grupie dzieci i młodzieży powinna być dostosowana do wieku tej populacji. W treści projektu zaznaczono, że w trakcie zajęć uczestnicy dowiedzą się o możliwości skorzystania w ramach programu z terapii zaburzeń depresyjnych prowadzonej przez specjalistów. Warto jednak zauważyć, że nie będzie to dotyczyło wszystkich uczestników, gdyż zaplanowane działania terapeutyczne skierowane będą jedynie do osób urodzonych w 2011 i 2012 r.

Należy zauważyć, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych oraz pomiarem tego wzrostu za pomocą pre- i post-testów, co zaplanowano w projekcie. Do projektu nie dołączono jednak wzorów testów, zatem ich weryfikacja nie była możliwa. Kwestionariusze ankiety powinny stanowić załączniki do programu, co należy uzupełnić.

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe dla dzieci urodzonych w 2011 i 2012 roku będą przeprowadzane przez psychologa lub psychoterapeutę, a w razie potrzeby – przez psychologa lub pedagoga szkolnego. Działania te obejmą badanie z użyciem kwestionariusza samooceny objawów depresyjnych, np. CDI 2, przy czym ostateczny wybór testu należy do realizatora programu. Badania odbędą się w warunkach zapewniających prywatność, a dzieci z pozytywnym wynikiem zostaną objęte terapią zaburzeń nastroju. Spotkania odbędą się indywidualnie na terenie szkoły, a dla uczniów szkół niepublicznych zostanie wyznaczone miejsce zastępcze.

Terapia zaburzeń nastroju

Uczestnicy, którzy w badaniach przesiewowych uzyskają wynik wskazujący na obecność zaburzeń depresyjnych, zostaną objęci cyklem 12 cotygodniowych, co najmniej 60-minutowych spotkań z psychoterapeutą dzieci i młodzieży. Program obejmuje różne formy terapii, m.in. indywidualną terapię behawioralno-poznawczą (CBT), psychoterapię indywidualną (IPT-A), terapię rodzinną opartą na więzi (ABFT), krótką interwencję psychospołeczną, psychoterapię psychodynamiczną, psychoterapię psychoanalityczną, psychoterapię systemową, terapię humanistyczno-doświadczeniową oraz psychoterapię integracyjną, a o jej wyborze zadecyduje realizator. Interwencja została zaplanowana dla maksymalnie 30 uczestników. W ramach terapii zaburzeń nastroju przeprowadzona zostanie „wizyta początkowa” oraz „wizyta końcowa”.

Wizyta początkowa obejmie wywiad psychologiczny, ocenę funkcjonowania psychologicznego, analizę dokumentacji medycznej oraz pre-test dotyczący wiedzy na temat umiejętności radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Specjalista przeprowadzi „rozmowę poprzedzającą”, przygotowującą do badania, a następnie dokona wstępną ocenę sytuacji klinicznej uczestnika, wykorzystując narzędzia diagnostyczne, m.in. kwestionariusze depresji. Z projektu nie wynika wprost, czy to właśnie w ramach wizyty początkowej przeprowadzone zostanie badanie przesiewowe, czy też na tym etapie dokonywana będzie jedynie weryfikacja jego wyniku. Należy również zaznaczyć, że przeciwwskazania zdrowotne, zdiagnozowane uprzednio zaburzenia nastroju i pozostawanie pod opieką poradni psychiatrycznej lub psychologicznej w zakresie działań zaplanowanych w programie, wskazano w kryteriach wykluczenia również dla badań przesiewowych, w związku z czym powinny być one weryfikowane przed włączeniem do interwencji terapeutycznej. W trakcie wizyty początkowej wymagana jest obecność rodzica/opiekuna, któremu należy przekazać informacje o diagnostyce, zalecenia dotyczące dziecka, ale również dostępne formy wsparcia psychologicznego dla dorosłych.

Podczas wizyty końcowej, w obecności rodzica/opiekuna, specjalista podsumuje terapię, udzieli zaleceń dotyczących dalszego leczenia i pracy w domu oraz poprosi uczestnika o wypełnienie post-testu. Rodzice otrzymają informacje o efektach terapii i sposobach wspierania dziecka. W przypadku

wykrycia poważniejszych zaburzeń, zostaną poinformowani o konieczności dalszej diagnostyki i leczenia w specjalistycznych placówkach. Po zakończeniu terapii terapeuta sporządzi krótką notatkę dla lekarza rodzinnego.

Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności do PPZ prowadzona będzie na podstawie kwartalnych i rocznych sprawozdań realizatora, za pomocą następujących wskaźników: „liczba osób, które wzięły udział w szkoleniu dla kadry szkolnej”, „liczba rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji”, „liczba nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji”, „liczba osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych”, „liczba osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych” oraz „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Przedstawione powyżej 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 w PPZ 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, który nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu realizowana będzie corocznie oraz po zakończeniu programu na podstawie analizy: „liczby i odsetka nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”, „liczby i odsetka rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”, „liczby i odsetka osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”, „liczby i odsetka nastolatków, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach sesji terapeutycznych (w obszarze radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym)”, „liczby nastolatków, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju dzięki przeprowadzonym w Programie badaniom przesiewowym” oraz na podstawie „identyfikacji ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu”. Należy zauważyć, że wskaźnik dotyczący liczby nastolatków, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju odnosi się bardziej do monitorowania. 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, który został przygotowany w sposób ogólny i dotyczy w głównej mierze działań przygotowawczych, co należy uzupełnić.

W projekcie określono zasady zakończenia udziału w programie. Odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych oraz odniesiono się do akcji informacyjnej.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe, koszty roczne realizacji programu, koszt całkowity oraz źródła finansowania.

Koszt całkowity został oszacowany na 150 000 zł. (41 000 zł w 2025 r. oraz 109 000 zł w 2026 r.). Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Miasta Józefów.

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 nastolatków 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 samookaleceń, 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, a także w ramach poziomów referencyjnych (I poziom: zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży oraz ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży; II poziom: centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego; III poziom – ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej).

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 rekomendacji klinicznych:

Badania przesiewowe w kierunku depresji u dzieci i młodzieży

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

Interwencje psychologiczne

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

Działania edukacyjne

- 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 dla 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 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).

Podsumowanie opinii ekspertów

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

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

Z upoważnienia Prezesa

Anna Kowalczyk

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.5.2025 „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów na lata 2025-2026” data ukończenia: marzec 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 44/2025 z dnia 17 marca 2025 roku o projekcie programu „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów na lata 2025-2026”