



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 27/2025 z dnia 28 marca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i
młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2025-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2025-2027”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest depresja dzieci i młodzieży. Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego, a także pogorszenie funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji. Narastające objawy depresji u nastolatków 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 uwzględnienia działań terapeutycznych w celach i miernikach programu, uzupełnienia kryteriów wyłączenia z programu, doprecyzowania opisu etapów realizacji programu oraz załączenia pre- i post-testów wiedzy.

Ponadto ze względu na charakter choroby, powinno się dążyć do wszelkich starań, aby informacje m.in. o kwalifikacji oraz udziale w konsultacjach specjalistycznych były traktowane z należytą ostrożnością i poufnością. Powyższe ma na celu zmniejszenie ryzyka oraz uniknięcie spotkania się ze stygmatyzowaniem czy odrzuceniem przez grupę rówieśników. Uczestnicy programu powinni czuć się swobodnie i bezpiecznie, aby móc w pełni zaangażować się w terapię i odnieść płynące z niej korzyści.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie zaburzeń depresyjnych występujące w populacji dzieci i młodzieży w gminie Radwanice. Program ma być realizowany w latach 2025-2027. Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 212 300 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.

Oceniany projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

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 roku 2023 w opiece psychiatrycznej leczono prawie 280 tys. pacjentów poniżej 18 r. ż., w tym 16,2 tys. z powodu zaburzeń nastroju. W województwie dolnośląskim było to odpowiednio prawie 23 tys. oraz 1,5 tys. pacjentów małych lat (w tym ok. 77,6% dziewcząt). Wskaźnik pacjentów/100 tys. ludności (306,7) był znacznie wyższy od wskaźnika ogólnopolskiego (236,5). Liczba dzieci i młodzieży, leczonych z powodu zaburzeń nastroju w województwie dolnośląskim, wzrosła od 2018 roku ponad 2-krotnie (było to wówczas ok. 730 osób). W roku 2023 zaburzenia nastroju dotyczyły głównie małych lat w wieku 12-17 lat (96,7%). Najczęstszym rozpoznaniem w tej grupie był epizod depresyjny (76% ogółu)”.

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 zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym u co najmniej 30% uczestników programu biorących udział w sesjach terapeutycznych”. 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 osiągnięcia w czasie realizacji PPZ w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi. Do pomiaru poziomu wiedzy zaplanowano pre- i post-test, jednak 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, co zostało uwzględnione w projekcie (tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi). Odniesiono się także do pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (tj. o 20%).

W treści projektu programu zaproponowano 2 cele szczegółowe:

- (1) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka

ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70% kadry szkolnej uczestniczącej w programie” oraz

- (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% nastolatków uczestniczących w programie”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a w treści projektu powinno znaleźć się uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele szczegółowe 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.

W treści projektu programu zaproponowano 3 mierniki efektywności:

- (1) „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”,
- (2) „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”,
- (3) „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”.

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 poprawnie i odnoszą się do poszczególnych celów PPZ.

Należy jednak zaznaczyć, że zaproponowane cele i mierniki nie uwzględniają wszystkich zaplanowanych interwencji. W opiniowanym projekcie zaplanowano działania terapeutyczne, zetem zasadna jest ocena funkcjonowania psychologicznego za pomocą wystandaryzowanych kwestionariuszy przed i po przeprowadzeniu terapii zaburzeń nastroju.

Dodatkowo w projekcie zaznaczono, że „wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także wniosków z dialogu podjętego z przedstawicielami potencjalnych realizatorów”. Nie odniesiono się jednak do szczegółów w tym zakresie, co warto doprecyzować.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do dzieci i młodzieży w wieku 10-15 lat zameldowanych na terenie gminy Radwanice i uczęszczających do klas IV-VIII publicznych szkół

podstawowych zlokalizowanych na terenie gminy, ich rodziców/opiekunów prawnych, a także do kadry pedagogicznej (nauczycieli, pedagogów i psychologów). Liczebność populacji docelowej dzieci i młodzieży oszacowano na ok. 530 osób. W projekcie wskazano, że działania w ramach programu (działania edukacyjne i badania przesiewowe) obejmą 100% populacji dzieci i młodzieży w ww. grupach wiekowych. Działania z zakresu terapii zaburzeń nastroju przewidziano dla ok. 85 nastolatków, co wynika z ograniczonych możliwości finansowych. W odniesieniu do pozostałych populacji docelowych oszacowano, że działaniami edukacyjnymi objętych zostanie ok. 530 rodziców/opiekunów prawnych, natomiast szkoleniami – ok. 25 osób (w tym ok. 23 nauczycieli – wychowawców klas szkół podstawowych w roku szkolnym 2025/2026 oraz psychologowie i/lub pedagodzy z 2 publicznych szkół podstawowych na terenie gminy).

W projekcie w większości poprawnie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie budzą zastrzeżeń. Należy wskazać, że w odniesieniu do populacji rodziców/opiekunów i kadry pedagogicznej nie przedstawiono kryteriów wyłączenia z udziału w programie, co należy uzupełnić.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielają 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 projekcie programu.

Interwencja

W ramach programu planowane jest przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do populacji ogólnej, szkoleń z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych, działań edukacyjnych skierowanych do nastolatków między 10 a 15 r.ż. oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, a także badań przesiewowych w kierunku zaburzeń depresyjnych i terapii zaburzeń nastroju u zakwalifikowanych nastolatków z roczników 2010-2017.

Działania informacyjno-edukacyjne

Projekt zakłada realizację kampanii informacyjnej mającej na celu rozpowszechnienie informacji o PPZ oraz kampanii informacyjno-edukacyjnej w celu podniesienia poziomu wiedzy populacji ogólnej na temat czynników ryzyka, przebiegu oraz diagnostyki i profilaktyki zaburzeń nastroju w populacji dzieci/młodzieży i młodych dorosłych.

Działania szkoleniowe dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych

Działania szkoleniowe dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych obejmować będą zagadnienia dotyczące: czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych, specyfiki zaburzeń depresyjnych i lękowych, stresu w szkole wśród dzieci i młodzieży, następstw zdrowotnych wynikających z zaburzeń nastroju, skuteczności działań zapobiegawczych, a także konsekwencji bagatelizowania objawów oraz zaniedbań diagnostycznych. Szkolenie przeprowadzone zostanie w pierwszym roku realizacji programu w formie online, z założeniem jego nagrania w celu późniejszego wykorzystania. Zaplanowano również przeprowadzenie badania poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre- i post-testu, uwzględniającego minimum 10 pytań zamkniętych. Ocena poziomu wiedzy przed i po realizacji działań edukacyjnych jest działaniem zasadnym, jednak do projektu programu nie załączono wzoru ww. testu, wobec czego nie była możliwa jego weryfikacja. Ponadto należy wskazać, że w opisie interwencji nie wskazano informacji dotyczących czasu trwania szkolenia czy kompetencji osób prowadzących, co wymaga uzupełnienia.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych nastolatków

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów prawnych uczniów obejmować będą 90 -minutowy wykład online prowadzony przez psychologa lub innego specjalistę ochrony zdrowia zajmującego się profilaktyką i wczesnym wykrywaniem depresji. Wykład zostanie udostępniony rodzicom za pośrednictwem aktywnych linków przesyłanych poprzez szkolne dzienniki elektroniczne aktywnego linku. Tematyka wykładu obejmować ma profilaktykę zaburzeń psychicznych, w tym: skuteczność terapii psychologicznych wśród dzieci i młodzieży, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych, a także informacje dotyczące możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku wystąpienia zaburzeń depresyjnych, w tym m.in. w ramach telefonu zaufania.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków przeprowadzona ma zostać przez uprzednio przeszkolonych w ramach programu wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych, minimum raz w roku w każdej klasie szkoły podstawowej w ramach lekcji wychowawczych. Ich tematyka obejmować będzie: czynniki ryzyka depresji, metody radzenia sobie z zaburzeniami nastroju, informacje o konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu pogorszonego nastroju, czy innych „trudności rozwojowych”. W treści programu wskazano, że aby zmierzyć poprawę stanu wiedzy nastolatków, przeprowadzone zostaną wśród nich dwa testy (pre-test i post-test), uwzględniające min. 5 pytań zamkniętych, co jest podejściem prawidłowym. Do projektu nie załączono jednak wzoru testu, zatem niemożliwa była jego weryfikacja. Należy 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.

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży (10-15 r.ż.), przeprowadzane będą przez psychologów lub pedagogów szkolnych. 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. Badania przeprowadzone zostaną z założeniem stworzenia każdemu uczestnikowi warunków odbycia wizyty z poszanowaniem prywatności i intymności, a każdy uczestnik programu, który uzyska pozytywny wynik w badaniu przesiewowym, zostanie zakwalifikowany do interwencji obejmującej terapię zaburzeń nastroju.

Terapia zaburzeń nastroju

Uczestnicy, którzy w badaniach przesiewowych uzyskają wynik wskazujący na obecność zaburzeń depresyjnych, włączeni zostaną do interwencji terapeutycznej, obejmującej cykl 12 cotygodniowych, co najmniej 60-minutowych spotkań z psychoterapeutą dzieci i młodzieży. W ramach programu możliwe będzie przeprowadzenie następujących terapii: indywidualna terapia behawioralno-poznawcza (CBT), psychoterapia indywidualna (IPT-A), terapia rodzinna oparta na więzi (ABFT), terapia interpersonalna, psychoterapia psychodynamiczna, terapia dialektyczno-behawioralna oraz poznawcza, psychoterapia psychoanalityczna, psychoterapia systemowa, terapia humanistyczno-dochodzeniowa lub psychoterapia integracyjna.

Wskazano również, że w ramach terapii zaburzeń nastroju przeprowadzona zostanie „wizyta początkowa” oraz „wizyta końcowa”.

W ramach wizyty początkowej wykonany zostanie wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności społecznej uczestnika) oraz opracowany przez realizatora pre-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym. Wizyta początkowa obejmować będzie także zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez uczestnika, ocenę funkcjonowania psychologicznego (na podstawie testu depresji, np. Inwentarza Depresji Becka) oraz ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych. Z projektu nie wynika wprost, czy to właśnie w ramach wizyty początkowej przeprowadzone zostanie badanie przesiewowe oraz nastąpi weryfikacja występowania kryteriów wykluczenia z udziału w programie, czy też na tym etapie dokonywana będzie jedynie weryfikacja wyniku badania przez specjalistę.

Zgodnie z treścią projektu, w ramach wizyty końcowej, specjalista dokona podsumowania cyklu terapii, a także udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu, a uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie post-testu. W sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych wykraczających poza zakres działań objętych programem, rodzice/opiekunowie prawni dziecka zostaną 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.

Należy zauważyć, że kwestia dotycząca badań przesiewowych została zawarta w interwencji dotyczącej badań przesiewowych oraz wizyty początkowej terapii zaburzeń nastroju. Kwestię tą należy doprecyzować.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu.

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie na podstawie wskaźników: „*liczby osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych*”, „*liczby osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych*”, „*liczby nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji*”, „*liczby rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którym umożliwiono odtworzenie wykładu online*”, „*liczby osób, które wzięły udział w szkoleniu dla kadry szkolnej*” oraz „*liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji*”. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaprojektowane poprawnie, należy także uwzględnić liczbę osób, które zakwalifikowano do udziału w programie.

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 nastolatków, 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 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 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*”

oraz na podstawie „identyfikacji ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu”. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione i zaznaczone w projekcie programu. Zaplanowane w projekcie badanie przesiewowe oraz interwencje w zakresie terapii zaburzeń nastroju powinny zostać uwzględnione w ramach oceny efektywności 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.

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 w ramach interwencji zaplanowanych w programie. Kampania przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem np. ulotek, plakatów czy też broszur informacyjno-edukacyjnych, ogłoszeń w mediach społecznościowych, postów na stronie internetowej Urzędu Gminy, realizatora, placówek oświatowych oraz wybranych podmiotów leczniczych czy też poprzez publikacje w lokalnych mediach. Założono również możliwość wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Ministerstwo Zdrowia czy Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne).

Koszty całkowite oszacowano na 212 300 zł. Określono koszty jednostkowe, zaplanowano budżet na ewaluację i monitorowanie programu.

Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Radwanice.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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

Narastające objawy depresji u dorastającego wymagają szczególnej uwagi, zwłaszcza dlatego, że doprowadzić mogą do próby samobójczej lub samobójstwa. W leczeniu największą rolę odgrywa psychoterapia (terapia rodzinna, indywidualna), znacznie mniejszą rolę odgrywają leki antydepresyjne.

Należy podkreślić, że zmienia się również obraz kliniczny zaburzeń afektywnych (częściej w ich przebiegu dochodzi do zachowań agresywnych), a także zamierzonych samookaleczeń, prób samobójczych w epizodach depresyjnych, co wymaga większego zaangażowania psychiatrów w leczenie.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane obejmują świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, a w zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych, 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 wytycznych 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 młodszych (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 personelu

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

- NICE w swoich rekomendacjach podkreśla również konieczność szkolenia personelu pracującego w szkołach i innych placówkach sprawujących opiekę nad dziećmi i młodzieżą (NICE 2019)

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych

- Zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej uznane źródło niepełnosprawności i kosztów w opiece zdrowotnej, jest działaniem wysoce umotywowanym (Merry 2007).
- Badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania. Równocześnie istnieją obawy, że niezbadane są ujemne efekty takiego postępowania, głównie możliwość stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych. Przed rutynowym zastosowaniem tego typu postępowania należy dokładniej zbadać długofalowe efekty programu, efekty możliwe do osiągnięcia w rzeczywistej praktyce i jego kosztową efektywność (Cuijpers 2006).
- W zakresie redukcji objawów depresyjnych przed/po interwencji, w metaanalizie wyników programów celowanych (5 programów) wykazano istotną statystycznie poprawę: SMD -0,26 (95% CI -0,40 do -0,13). Choć programy uniwersalne (3 programy) same w sobie nie wykazały się istotną statystycznie efektywnością, metaanaliza wyników wykazała zmianę na poziomie SMD -0,26 (95% CI -0,36 do -0,15). Metaanaliza redukcji objawów depresyjnych ocenianych w dłuższym czasie obserwacji nie wykazała istotnych statystycznie różnic, choć 1 program celowany, oceniany po 36 miesiącach był granicznie skuteczny: wykazał SMD -0,29 (95% CI -0,56 do -0,01) (Merry 2007).
- W zakresie wskaźnika zapadalności na depresję, programy celowane (3 programy) wykazały się istotną statystycznie skutecznością tuż po interwencji: w metaanalizie różnica ryzyka (RD) wyniosła -0,13 (95%CI -0,22 do -0,05), podobnie jak w programach uniwersalnych. Po 12 miesiącach programy celowane, w odróżnieniu od uniwersalnych, osiągnęły graniczną istotną statystycznie efektywność (RD -0,12, 95%CI -0,24 do -0,01), po 24 i 36 miesiącach nie wykazano istotnego statystycznie efektu (Merry 2007).
- Programy celowane są efektywniejsze niż uniwersalne i selektywne (choć należy docenić wartość niektórych, dobrze poprowadzonych programów uniwersalnych). Interwencje prowadzone przez profesjonalistów są skuteczniejsze, choć mogą być droższe niż prowadzone przez nauczycieli (Calear 2009).

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.431.8.2025 „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2025-2027”, data ukończenia: marzec 2025, oraz opinii Rady Przejrzystości nr 50/2025 z dnia 24 marca 2025 roku o projekcie programu „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2025-2027”.