



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 49/2025 z dnia 13 czerwca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego
wykrywania depresji w populacji młodzieży w Gminie Białobrzegi na lata
2026-2028”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji w populacji młodzieży w Gminie Białobrzegi na lata 2026-2028”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest depresja dzieci i młodzieży. Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego, a także pogorszenie funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji. Narastające objawy depresji u dorastających nastolatków 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 wносить 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 uzupełnienia uzasadnienia wartości docelowych w celu głównym oraz celach szczegółowych, określenia celów odnoszących się do pozostałych interwencji zaplanowanych w projekcie programu, doprecyzowania informacji w zakresie realizacji badań przesiewowych, rozważenia uwzględnienia pomiaru poziomu wiedzy w populacji nastolatków w wieku 11-15 lat, wśród których zaplanowano przeprowadzenie działań edukacyjnych, doprecyzowania opisu etapów realizacji programu oraz załączenia wzoru pre- i post-testów służących do oceny poziomu wiedzy uczestników terapii zaburzeń nastroju.

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

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 opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie zaburzeń depresyjnych w populacji dzieci i młodzieży w gminie Białobrzegi. Program ma być realizowany w latach 2026-2028. Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 152 700 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.

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 i lokalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym.

Odniesiono się do danych WHO, zgodnie z którymi „na zaburzenia psychiczne zapada od 10% do 20% dzieci i młodzieży, a samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej w skali świata”. Powołując się na dane z Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano m.in., że „w roku 2023 w Polsce w opiece psychiatrycznej z powodu zaburzeń nastroju leczono ponad 279,5 tys. pacjentów poniżej 18 r. ż., w tym ponad 14,2 tys. stanowili mieszkańcy województwa podkarpackiego. Wskaźnik pacjentów/100 tys. ludności leczonych w opiece psychiatrycznej (3 706) był w województwie znacznie niższy od wskaźnika ogólnopolskiego (4 073). W powiecie łańcuckim, na terenie którego leży gmina Białobrzegi, była to wartość niższa od wartości dla województwa (3 590/100 tys.)”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% 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 odnosi się do poziomu wiedzy uczestników PPZ i wydaje się możliwy do osiągnięcia w czasie realizacji PPZ. Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Warto zaznaczyć, że pomiary te zostały zaplanowane w projekcie, do projektu nie załączono jednak wzoru ww. testu, zatem nie było możliwe jego zweryfikowanie. Prawdłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym

zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi), co zostało uwzględnione w projekcie programu.

W treści projektu programu zaproponowano 2 cele szczegółowe:

- (1) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% 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. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70% kadry szkolnej uczestniczącej w programie”.

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

Cele szczegółowe odnoszą się do wzrostu wiedzy uczestników PPZ (rodziców/opiekunów prawnych oraz kadry pedagogicznej). Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami szkoleniowymi skierowanymi do kadry szkolnej oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Warto wskazać, że pomiary te zostały zaplanowane w projekcie programu oraz załączono wzory testów wiedzy dla rodziców/opiekunów prawnych oraz dla kadry pedagogicznej. Załączone wzory kwestionariuszy nie budzą zastrzeżeń.

Warto jednak zaznaczyć, że wskazane cele nie odnoszą się do wszystkich zaplanowanych w projekcie interwencji, gdyż nie zaproponowano celu dotyczącego badań przesiewowych, czy też działań edukacyjnych skierowanych do nastolatków w ramach godzin wychowawczych. Ponadto, podobnie jak w przypadku celu głównego, nie przedstawiono uzasadnienia dla wartości docelowej celów szczegółowych, co należy uzupełnić.

Przykładowym celem szczegółowym odnoszącym się do badań przesiewowych może być: *zwiększenie o% liczby nastolatków, u których w ramach badania przesiewowego stwierdzono występowanie objawów zaburzeń depresyjnych i którzy zostali skierowani na terapię zaburzeń nastroju w ramach programu.*

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. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) 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. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu” oraz
- (3) „odsetek osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących

w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Zaproponowane mierniki zostały sformułowane prawidłowo i odnoszą się do poszczególnych celów PPZ.

Przykładowym miernikiem efektywności odnoszącym się do celu w zakresie badań przesiewowych może być: odsetek nastolatków biorących udział w badaniach przesiewowych w ramach programu, u których stwierdzono występowanie objawów zaburzeń depresyjnych i którzy zostali skierowani na terapię zaburzeń nastroju.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do następujących populacji: w zakresie działań edukacyjnych – do dzieci i młodzieży w wieku 11-15 lat, uczęszczających do szkół podstawowych oraz do ich rodziców/opiekunów prawnych; w zakresie szkoleń – do kadry pedagogicznej (nauczycieli klas IV-VIII szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie gminy oraz specjalistów zatrudnionych w tych placówkach: pedagogów, psychologów i logopedów); w zakresie badań przesiewowych i terapii zaburzeń nastroju – do nastolatków w wieku 11-18 lat.

Liczebność populacji młodzieży w wieku 11-15 lat, która zostanie objęta programem oszacowano na ok. 550 osób. Przetastawione dane są zbliżone do danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Liczebność populacji nastolatków w wieku 11-18 lat, którzy zostaną objęci badaniami przesiewowymi oszacowano na ok. 860 w trakcie trwania programu. W projekcie wskazano, że „*badania przesiewowe w Programie zostaną zapewnione dla całej populacji w wieku 11-18 lat*”. Należy jednak zaznaczyć, że w programie zaplanowano, że w 2026 r. przebadanych zostanie 200 osób z ww. grupy wiekowej, natomiast w latach 2027-2028 po 330 osób rocznie. Terapię zaburzeń nastroju objętych ma natomiast zostać w sumie 60 osób z ww. populacji docelowej. W odniesieniu do pozostałych populacji docelowych oszacowano, że działaniami edukacyjnymi objętych zostanie ok. 550 rodziców/opiekunów prawnych, natomiast szkoleniami dla kadry pedagogicznej – 100 osób.

W projekcie poprawnie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia.

Interwencja

W ramach programu planowane jest przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej skierowanej do populacji ogólnej, szkoleń on-line dla kadry pedagogicznej, edukacji zdrowotnej (psychoedukacji) skierowanej do nastolatków w wieku 11-15 lat (w ramach godzin wychowawczych) oraz do ich rodziców/opiekunów prawnych (w formie spotkań on-line), a także przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku zaburzeń depresyjnych i terapii zaburzeń nastroju wśród młodzieży w wieku 11-18 lat.

Kampania informacyjno-edukacyjna

Projekt zakłada realizację kampanii informacyjno-edukacyjnej, która oprócz rozpowszechnienia informacji o PPZ będzie miała na celu również podniesienie świadomości populacji ogólnej nt. profilaktyki zaburzeń nastroju. Kampania realizowana będzie przez osoby udzielające świadczeń w ramach PPZ 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 NFZ). Zaznaczono również, że język i zakres tematyczny przekazywanych treści dostosowane zostaną do odbiorców.

Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla kadry pedagogicznej

Działania szkoleniowe dla wychowawców klas IV-VIII szkoły podstawowej, pedagogów, psychologów szkolnych i logopedów obejmować będą zagadnienia dotyczące: czynników ryzyka występowania zaburzeń nastroju, ich specyfiki oraz następstw zdrowotnych, skuteczności działań zapobiegawczych, a także konsekwencji bagatelizowania objawów chorobowych i zaniedbań diagnostycznych. Szkolenie przeprowadzone zostanie przez psychologa lub psychoterapeutę w formie online, w wymiarze co najmniej 4 godzin edukacyjnych (3 szkolenia w pierwszym roku realizacji PPZ dla grup maks. 35- osobowych). Założono również możliwość nagrania szkolenia, w celu umożliwienia wielokrotnego odtwarzania i późniejszego wykorzystania w szerszej grupie odbiorców. Zaplanowano przeprowadzenie badania poziomu wiedzy uczestników szkolenia przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre- i post-testu, uwzględniającego minimum 10 pytań zamkniętych. Do projektu załączono również wzór przykładowego testu, który nie budzi zastrzeżeń.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych nastolatków

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów prawnych uczniów realizowane będą w formie trwającego co najmniej 2 godziny edukacyjne wykładu on-line. Wykład przeprowadzony ma zostać przez psychoterapeutę, psychologa lub osobę uczestniczącą w szkoleniu dla kadry pedagogicznej w programie, będącą psychologiem lub pedagogiem szkolnym. Zgodnie z treścią projektu, tematyka wykładu obejmować będzie profilaktykę zaburzeń psychicznych, w tym: charakterystykę skuteczności terapii psychologicznych wśród dzieci i młodzieży, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych oraz przedstawienie możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku występowania zaburzeń depresyjnych (m.in. z możliwości rozmowy w ramach telefonu zaufania). W projekcie założono również nagranie wykładu celem umożliwienia jego ponownego odtworzenia, utrwalenia informacji lub zapoznania się z treściami edukacyjnymi przez rodziców w kolejnych latach. Zaplanowano również pomiar wiedzy rodziców/opiekunów prawnych biorących udział w działaniach edukacyjnych za pomocą pre- i post-testu, którego wzór dołączono do projektu programu. Załączony wzór nie budzi zastrzeżeń.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków przeprowadzona ma zostać przez uprzednio przeszkolonych w ramach programu wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych na zajęciach z wychowawcą. Zaplanowano przeprowadzenie dwóch 45-minutowych spotkań w każdym roku szkolnym w klasach IV-VIII szkoły podstawowej. Tematyka spotkań dotyczyć ma czynników ryzyka depresji, metod radzenia sobie z zaburzeniami nastroju oraz konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu obniżonego nastroju czy innych trudności rozwojowych. Należy zauważyć, że w projekcie nie założono pomiaru poziomu wiedzy w tej grupie uczestników. W celu weryfikacji skuteczności przeprowadzonych działań zasadna byłaby weryfikacja poziomu wiedzy uczniów na podstawie dostosowanych do wieku i przekazywanych treści pre- i post-testów.

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń depresyjnych w populacji dzieci i młodzieży w wieku 11-18 lat, przeprowadzone zostaną przez psychologa, pedagoga lub psychologa szkolnego. 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. Zaznaczono również, że 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 10 cotygodniowych, 50-minutowych spotkań z psychoterapeutą dzieci i młodzieży. Zgodnie z treścią projektu, w ramach programu możliwe będzie przeprowadzenie następujących terapii: indywidualna terapia behawioralno-poznawcza (CBT), psychoterapia indywidualna (IPT-A), terapia interpersonalna, psychoterapia psychodynamiczna, terapia dialektyczno-behawioralna oraz poznawcza, psychoterapia systemowa, terapia humanistyczno-doświadczeniowa oraz psychoterapia integracyjna.

W ramach terapii zaburzeń nastroju przeprowadzona zostanie „wizyta początkowa” oraz „wizyta końcowa”. W ramach wizyty początkowej wykonany zostanie wywiad w kierunku diagnozy nozologicznej (w tym dotyczący aktywności społecznej uczestnika), a uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie pre-testu dotyczącego 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 (w celu wykluczenia ewentualnych przeciwwskazań do udziału w programie), 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, co wymaga doprecyzowania.

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 terapeuty sporządzi krótką notatkę informacyjną dla lekarza rodzinnego.

Monitorowanie i ewaluacja

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

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie na podstawie: „liczby osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych”, „liczby osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych”, „liczby osób zakwalifikowanych do programu”, „liczby rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji”, „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 prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie corocznej analizy ankiet satysfakcji skierowanych do uczestników programu oraz na podstawie bieżącej analizy pisemnych

uwag uczestników dot. realizacji programu. Do projektu załączono wzory ww. ankiet dla nastolatków, oraz kadry pedagogicznej, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu będzie dokonywana na podstawie: „odsetka nastolatków uczestniczących w sesjach terapeutycznych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”, „odsetka osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) 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. Etap dotyczący samej realizacji programu powinien zostać opisany w sposób bardziej szczegółowy.

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.

Koszty całkowite oszacowano na 152 700 zł. W projekcie określono koszty jednostkowe. Wskazano, że monitorowanie i ewaluacja zostaną przeprowadzone bezkosztowo.

Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Białobrzegi.

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 schizofrenicznych, depresji popsychotycznej, zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych, neurastenii, zespołów abstynencyjnych.

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

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

Alternatywne świadczenia

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

W ramach wskazanej opieki pacjentom bezpłatnie przysługują w warunkach:

- stacjonarnych: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne (m.in. przedmioty ortopedyczne), wyżywienie (z zastrzeżeniem art. 18 ustawy), edukacja i konsultacje dla rodzin;
- dziennych: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wyżywienie, edukacja i konsultacje dla rodzin;
- ambulatoryjnych: świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki niezbędne w stanach nagłych, edukacja i konsultacje dla rodzin;

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 Polsce prowadzony jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2023-2030. Wśród jego celów głównych wymienić należy:

- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb;
- prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;
- monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Dotyczące badań przesiewowych

- Zaleca się realizację badań przesiewowych w kierunku tzw. dużej depresji (MDD, ang. major depressive disorder) u młodzieży w wieku od 12 do 18 lat. Jednocześnie wskazuje się, że obecnie dostępne dowody nie są wystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku MDD u dzieci w wieku 11 lat i młodszych (USPSTF 2022a).
- Zaleca się, aby u dzieci i młodzieży powyżej 11 r.ż., bez rozpoznanej depresji, skierowanych do placówek opieki zdrowotnej udzielającej świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, w ramach ogólnej diagnostyki przeprowadzać rutynowe badania przesiewowe w kierunku depresji w oparciu o kwestionariusze (NICE 2019).
- W ramach rutynowych badań dzieci i młodzieży należy zwracać uwagę na obecność czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń depresyjnych: genetycznych (przypadki depresji w rodzinie), osobniczych (m.in. wiek, płeć, tożsamość płciowa, orientacja seksualna) czy psychospołecznych (np. molestowanie seksualne lub zaniedbywanie w dzieciństwie, wystąpienie traumatycznych wydarzeń, znęcanie się, wczesne narażenie na stres, maltretowanie lub niepewność w relacji z rodzicami) (CPS 2023, USPSTF 2022a, NICE 2019, MZ 2019).

Interwencje psychologiczne

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

Działania edukacyjne

- W odnalezionych wytycznych kanadyjskich podkreśla się znaczenie psychoedukacji (indywidualnej, grupowej lub realizowanej w całych społecznościach), w tym w obejmującej uczenie dzieci i ich rodziców nt. konkretnych zaburzeń psychicznych, w tym o aktualnym zrozumieniu ich etiologii, definicji diagnostycznej, strategiach postępowania oraz potencjalnym ryzyku lub czynnikach utrwalających, których należy unikać (CPS 2023).
- Światowa Organizacja Zdrowia, zwraca natomiast uwagę na konieczność zapewnienia wszystkim nastolatkom powszechnego dostępu do interwencji psychospołecznych promujących zdrowie psychiczne, a także mających na celu zapobieganie i ograniczanie prób samobójczych, zaburzeń psychicznych (takich jak depresja i zaburzenia lękowe), zachowań agresywnych i destrukcyjnych oraz stosowania substancji psychoaktywnych (WHO 2020).

Szkolenia personelu

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

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych

- Zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej uznane źródło niepełnosprawności i kosztów w opiece zdrowotnej, jest działaniem wysoce umotywowanym (Merry 2007).
- Badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania. Równocześnie istnieją obawy, że niezbadane są ujemne efekty takiego postępowania, głównie możliwość stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych. Przed rutynowym zastosowaniem tego typu postępowania należy dokładniej zbadać długofalowe efekty programu, efekty możliwe do osiągnięcia w rzeczywistej praktyce i jego kosztową efektywność (Cuijpers 2006).

- W zakresie redukcji objawów depresyjnych przed/po interwencji, w metaanalizie wyników programów celowanych (5 programów) wykazano istotną statystycznie poprawę: SMD -0,26 (95% CI -0,40 do -0,13). Choć programy uniwersalne (3 programy) same w sobie nie wykazały się istotną statystycznie efektywnością, 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.

PREZESA

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.431.34.2025 „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji w populacji młodzieży w Gminie Białobrzegi na lata 2026-2028, data ukończenia: czerwiec 2025, oraz opinii Rady Przejrzystości nr 98/2025 z dnia 9 czerwca 2025 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji w populacji młodzieży w Gminie Białobrzegi na lata 2026-2028”.