



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 58/2025 z dnia 10 lipca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń
depresyjnych u dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”, **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 wnosi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Należy zauważyć, że podobny projekt pn. „*Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego*” był w 2022 r. oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał pozytywną warunkowo opinię (nr 18/2022 z 14 kwietnia 2022 r.). Większość zgłoszonych wówczas uwag została uwzględniona w obecnie ocenianym projekcie.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące przeformułowania celu głównego oraz celów szczegółowych nr 1 oraz 2, a także doprecyzowania interwencji dotyczących nurtów terapeutycznych oraz ich założeń i czasu trwania.

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 dołożyć wszelkich starań, aby informacje m.in. o kwalifikacji oraz udziale w konsultacjach specjalistycznych były traktowane z należytą ostrożnością i poufnością. Powyższe ma na celu zmniejszenie ryzyka oraz uniknięcie

spotkania się ze stygmatyzowaniem czy odrzuceniem przez grupę rówieśników. Uczestnicy programu powinni czuć się swobodnie i bezpiecznie, aby móc w pełni zaangażować się w terapię i odnieść płynące z niej korzyści.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie zaburzeń depresyjnych występujących w populacji dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 21 roku życia, ich rodziców i opiekunów prawnych oraz kadry pedagogicznej zaplanowany do realizacji przez województwo mazowieckie. Program ma być realizowany w latach 2025-2027. Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 9 000 000 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, europejskie, ogólnopolskie oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym.

Odniesiono się do danych WHO, zgodnie z którymi „łączna liczba osób żyjących z depresją na świecie wynosi 350 mln. Stanowi ona 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności na świecie (11% wszystkich lat życia skorygowanych niepełnosprawnościami na świecie – DALY)”. Powołując się na dane z Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano m.in., że „w 2023 r. w opiece psychiatrycznej leczono 279,52 tys. pacjentów poniżej 18 r.ż., z czego 16,24 tys. z powodu zaburzeń nastroju. W województwie mazowieckim liczba małoletnich pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej wynosiła 48,12 tys. Zaburzenia nastroju wystąpiły u 2 561 pacjentów. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w województwie mazowieckim (240,87) jest zbliżona do wartości dla całego kraju (236,53). Wśród zaburzeń nastroju najczęściej występującym zaburzeniem u dzieci i młodzieży był epizod depresyjny – wystąpił u 2 053 osób, co stanowi 4,23% wszystkich pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej. Najwięcej pacjentów z tym zaburzeniem było w grupie wiekowej 12-17 r.ż. (2 002 osoby) oraz 6-11 r.ż. (49 osób)”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie o minimum 0,2% liczby identyfikowanych zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku od 7. do 21. roku życia mieszkających w województwie mazowieckim w latach 2025-2027”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Należy zaznaczyć, że samo wykrycie schorzenia może nie przełożyć się na późniejszą poprawę stanu zdrowia. Warto zaznaczyć, że jak wskazano w projekcie, wartość docelowa miernika na poziomie minimum 0,2% przyjęta została na podstawie szacunkowej liczby uczestników z I grupy docelowej zakwalifikowanej do programu w odniesieniu do liczby dzieci

i młodzieży wymagającej pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego przedstawionej w ramach opisu danych epidemiologicznych. Mając na uwadze powyższe, cel główny wymaga przeformułowania.

Mając na uwadze zaplanowane interwencje, w szczególności sesje terapeutyczne, przykładowym celem głównym może być: „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. xx % poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej xx% poziomu wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym u co najmniej xx % uczestników programu biorących udział w sesjach terapeutycznych”.

W treści projektu programu zaproponowano 5 celów szczegółowych:

- 1) „przeprowadzenie i zakończenie procesu terapeutycznego u minimum 70% uczestników programu z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego w latach 2025-2027”,
- 2) „zwiększenie poprawy stanu psychicznego u co najmniej 30% uczestników programu, którzy zakończyli proces terapeutyczny w okresie realizacji programu, tj. w latach 2025-2027”,
- 3) „zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych u minimum 70% uczestników edukacji zdrowotnej spośród I grupy docelowej w latach 2025-2027”,
- 4) „zwiększenie u minimum 70% uczestników szkoleń spośród II grupy docelowej, tj. rodziców i opiekunów prawnych uczestników, poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych w latach 2025- 2027” oraz
- 5) „zwiększenie u minimum 70% uczestników szkoleń spośród III grupy docelowej, tj. kadry pedagogicznej, poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych w latach 2025-2027”.

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.

Cel szczegółowy nr 1 został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ zaplanowano go w formie działania, a ponadto nie zawiera uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Cel szczegółowy nr 2 dotyczący poprawy stanu psychicznego w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych działań, jednak podobnie jak celu szczegółowym nr 1 nie zawiera uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Cele szczegółowe nr 3, 4 oraz 5 odnoszą się do wzrostu wiedzy uczestników PPZ (dzieci i młodzieży, rodziców/opiekunów prawnych oraz kadry pedagogicznej). Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi i szkoleniowymi skierowanymi do ww. grup oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Warto wskazać, że pomiary te zostały zaplanowane, a do projektu załączono wzór testów wiedzy dla dzieci i młodzieży. Załączony wzór kwestionariusza nie budzi zastrzeżeń. Dla rodziców/opiekunów prawnych oraz kadry pedagogicznej nie przedstawiono wzoru pre- i post-testów więc nie była możliwa ich weryfikacja.

W treści projektu programu zaproponowano 6 mierników efektywności:

- 1) „iloraz liczby osób, u których w ramach programu zostało zidentyfikowane podejrzenie zaburzenia depresyjnego i liczby dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 21 roku życia mieszkających w województwie mazowieckim”,
- 2) „iloraz liczby uczestników, u których przeprowadzono spotkanie podsumowujące terapię i liczby uczestników skierowanych na sesje terapeutyczne”,

- 3) „iloraz liczby uczestników, u których doszło do poprawy stanu psychicznego w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych i liczby uczestników, którzy zakończyli cykl sesji terapeutycznych”,
- 4) „iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej”,
- 5) „iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej z II grupy docelowej”, oraz
- 6) „iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób uczestniczących w szkoleniu z III grupy docelowej”.

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. Wskaźniki nr 1 i 2 nie spełniają funkcji miernika efektywności, mogą zostać natomiast wykorzystane przy monitorowaniu. Natomiast mierniki nr 3, 4, 5, 6 zostały sformułowane prawidłowo i odnoszą się do poszczególnych celów PPZ (cel szczegółowym nr 2, 3, 4 oraz 5).

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do następujących populacji: dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 21 roku życia, ich rodziców i opiekunów prawnych oraz kadry pedagogicznej. Przedstawiono informacje w zakresie liczebności populacji docelowej powołując się na dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Liczebność populacji dzieci i młodzieży w wieku 7-21 lat, oszacowano na ok. 875 290 osób. Przedstawiono również dane z systemu informacji oświatowej, z których wynika, że w województwie mazowieckim w 2023 r. zatrudnionych było 116 510 nauczycieli. Należy jednak zaznaczyć, że w budżecie programu zaplanowano, że u 735 uczestników z I grupy docelowej (tj. dzieci i młodzież w wieku 7-21 lat) przeprowadzone zostanie badanie przesiewowe w kierunku depresji, konsultacja ze specjalistą oraz edukacja zdrowotna, natomiast 819 uczestników z tej samej grupy docelowej skorzysta z badania przesiewowego, konsultacji ze specjalistą, 25 sesji terapeutycznych oraz spotkania podsumowującego terapię. W odniesieniu do pozostałych populacji docelowych oszacowano, że działaniami edukacyjnymi objętych zostanie ok. 958 rodziców/opiekunów prawnych, natomiast szkoleniami dla kadry pedagogicznej – 2 858 osób.

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

Interwencja

W ramach programu planowane jest badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji, konsultacja ze specjalistą, sesje terapeutyczne, edukacja zdrowotna uczestników, konsultacja z lekarzem (opcjonalnie), prowadzenie grupy wsparcia dla rodziców/opiekunów prawnych uczestników, edukacja zdrowotna dla rodziców/opiekunów prawnych uczestników oraz działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej.

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń depresyjnych w populacji w wieku 7–18 lat zostaną przeprowadzone z użyciem kwestionariusza samooceny umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych – CDI 2 (ang. Children's Depression Inventory). Natomiast w grupie wiekowej 18–21 lat zastosowany zostanie kwestionariusz BDI-II (ang. Beck Depression Inventory – Second Edition). Uczestnicy będą poddani dwukrotnemu badaniu nasilenia objawów depresji za pomocą

jednego z ww. narzędzi - przed rozpoczęciem cyklu sesji terapeutycznych oraz po zakończeniu cyklu sesji terapeutycznych (podczas ostatniej sesji). Badanie przesiewowe będzie przeprowadzane uczestnikom, u których nie została wcześniej stwierdzona depresja. Uczestnik, który będzie dysponował dokumentacją potwierdzającą wcześniej stwierdzoną depresję będzie kwalifikowany od razu do konsultacji ze specjalistą.

Konsultacja ze specjalistą

Zgodnie z treścią projektu, uczestnicy programu, którzy uzyskali pozytywny wynik w badaniu przesiewowym lub u których została wcześniej stwierdzona depresja, a nie rozpoczęli jeszcze terapii lub którzy uzyskali negatywny wynik w badaniu przesiewowym oraz podczas kwalifikacji do programu na podstawie subiektywnej oceny osoby aplikującej stwierdzono u nich co najmniej jeden z symptomów zaburzeń emocjonalnych są kierowani na konsultację do specjalisty. Osoby poniżej 18 r.ż. będą odbywały wizytę w obecności rodzica/opiekuna prawnego. W uzasadnionych przypadkach, decyzją specjalisty, osoba poniżej 18 r.ż. będzie mogła odbyć konsultację na osobności. Długość konsultacji została określona w programie na minimum 30 minut, a maksymalnie 60 minut.

Sesje terapeutyczne

Uczestnicy zakwalifikowani do programu terapeutycznego będą mogli odbyć maksymalnie do 26 indywidualnych sesji terapeutycznych, których liczba zostanie dostosowana do potrzeb uczestnika zgodnie z oceną specjalisty. W przypadku, gdy specjalista początkowo zaleci mniejszą liczbę sesji, jednak w toku terapii okaże się ona niewystarczająca, osoba prowadząca terapię może – w porozumieniu ze specjalistą – zwiększyć liczbę sesji, z zachowaniem maksymalnego limitu 26 spotkań. Jedna sesja terapeutyczna będzie trwała od 45 do 60 minut. Zaleca się ich cotygodniową częstotliwość, zapewniającą ciągłość i skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych.

Zgodnie z założeniami programu, możliwe będzie przeprowadzenie różnych form terapii, dostosowanych do indywidualnych potrzeb uczestnika, w tym: indywidualna terapia poznawczo-behawioralna (CBT), psychoterapia indywidualna (IPT-A), terapia rodzinna oparta na więzi (ABFT), krótkie interwencje psychospołeczne, psychoterapia psychodynamiczna, psychoterapia psychoanalityczna, psychoterapia systemowa, terapia humanistyczno-doświadczeniowa oraz psychoterapia integracyjna.

Należy zaznaczyć, że w programie wskazano na szereg możliwych do zastosowania nurtów terapeutycznych. Warto podkreślić, że wskazane powyżej terapie cechują się innym czasem trwania oraz mają inne założenia (np. CBT vs. terapia psychoanalityczna). Natomiast w projekcie wskazano na przeprowadzenie w ramach programu konkretnej liczby sesji terapeutycznych tj. 25 sesji. Biorąc pod uwagę różny czas trwania terapii w zależności od jego nurtu zapis ten nie jest doprecyzowany.

Za zgodą terapeuty oraz uczestnika, w sesjach terapeutycznych może uczestniczyć również rodzic lub opiekun prawny. Uczestnictwo to odbywa się w ramach standardowego czasu i kosztów przypisanych do sesji terapeutycznej dziecka lub nastolatka i nie generuje dodatkowych kosztów dla programu. Po zakończeniu 25 sesji terapeutycznej (lub podczas przedostatniego spotkania – w przypadku uczestników, którym zlecono mniejszą liczbę sesji), przeprowadzone zostanie ponowne badanie nasilenia objawów depresji za pomocą tego samego narzędzia, które zostało użyte w trakcie badania przesiewowego. Celem dwukrotnego badania (pre- i post-interwencyjnego) jest ocena skuteczności przeprowadzonych oddziaływań terapeutycznych. Podczas ostatniej sesji terapeuta dokona podsumowania całego cyklu terapii. Zaleca się, aby spotkanie podsumowujące odbyło się z udziałem rodzica lub opiekuna prawnego uczestnika.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) dzieci i nastolatków

Edukacja zdrowotna z zakresu profilaktyki depresji adresowana jest do uczestników programu, u których w wyniku badania przesiewowego nie stwierdzono objawów zaburzeń depresyjnych. Udział w edukacji jest całkowicie dobrowolny i odbywa się w formule indywidualnych spotkań z przeszkolonym specjalistą. W przypadku młodszych dzieci, za zgodą osoby prowadzącej edukację, możliwy jest udział rodziców lub opiekunów prawnych w spotkaniu. Poruszana tematyka dotyczy m.in. samoobserwacji stanu zdrowia psychicznego, znaczenia odpowiedniej higieny psychicznej, aktywności fizycznej i jakości snu. Dodatkowo uczestnicy powinni zdobyć wiedzę na temat sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz poznać techniki redukcji napięcia emocjonalnego. Spotkania edukacyjne powinny trwać minimum 30 minut i odbywać się w formie stacjonarnej lub – w uzasadnionych przypadkach – z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych. Dla każdego uczestnika przewiduje się przeprowadzenie pre-testu (przed rozpoczęciem spotkania) oraz post-testu (po jego zakończeniu), których celem jest weryfikacja skuteczności przekazanych treści edukacyjnych. Czas, miejsce i forma przeprowadzenia edukacji ustalane są indywidualnie z każdym uczestnikiem, z uwzględnieniem jego potrzeb i możliwości organizacyjnych.

Konsultacja z lekarzem

W uzasadnionych przypadkach możliwe będzie przeprowadzenie dla uczestników psychoterapii jednorazowej konsultacji lekarskiej. Wizyta ta ma charakter uzupełniający i nie jest działaniem obligatoryjnym – zostanie zrealizowana jedynie w sytuacjach, w których zespół realizujący program (np. psychoterapeuta, psycholog) zidentyfikuje potrzebę dodatkowej oceny psychiatrycznej uczestnika. Konsultacja może zostać zlecona pomiędzy 1 a 25 sesją terapeutyczną, jednak nie później niż przed sesją podsumowującą (tj. 26. sesją), i powinna być przeprowadzona przez lekarza specjalistę (np. psychiatrę dzieci i młodzieży lub lekarza z doświadczeniem w pracy z tą grupą wiekową). Celem konsultacji lekarskiej jest wsparcie diagnostyczne w przypadku pojawienia się podejrzeń zaburzeń współistniejących, które nie zostały zidentyfikowane na etapie badania przesiewowego lub wizyty początkowej, a których objawy mogły ujawnić się w toku trwania terapii. Wizyta lekarska powinna trwać od 40 do 60 minut. Ze względu na jednorazowy i diagnostyczny charakter działania rekomenduje się, aby konsultacje odbywały się w trybie stacjonarnym.

Grupa wsparcia dla rodziców/opiekunów prawnych uczestników

W ramach programu przewidziano możliwość prowadzenia grup wsparcia dla rodziców i opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w psychoterapii (II grupa docelowa). Celem spotkań jest stworzenie bezpiecznej i wspierającej przestrzeni, umożliwiającej dzielenie się doświadczeniami, trudnościami oraz dobrymi praktykami w zakresie wspierania dziecka zmagającego się z problemami natury psychicznej. Udział w grupie wsparcia jest dobrowolny i skierowany wyłącznie do rodziców lub opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w psychoterapii w ramach programu. Osoby, których dzieci korzystają jedynie z edukacji zdrowotnej, nie są objęte tym działaniem. Grupy wsparcia organizowane będą nie częściej niż raz w miesiącu w trakcie trwania programu. Każde spotkanie powinno trwać nie krócej niż 60 minut i nie dłużej niż 120 minut. Grupy mogą funkcjonować zarówno w formule stacjonarnej, jak i z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych – pod warunkiem zapewnienia odpowiedniego poziomu interakcji i poufności. Każda grupa wsparcia powinna liczyć od minimum 2 do maksymalnie 20 osób.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych uczestników

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej skierowane do rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w terapii w ramach programu realizowane będą w formie indywidualnych spotkań edukacyjnych. Każdy z rodziców/opiekunów prawnych może skorzystać maksymalnie z jednego

spotkania w trakcie udziału dziecka w programie. Spotkania mogą odbywać się stacjonarnie lub z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych, które muszą zapewniać możliwość interakcji z prowadzącym. Czas trwania jednego spotkania powinien wynosić od 45 do 60 minut. Celem edukacji jest przekazanie uczestnikom podstawowej wiedzy na temat depresji – jej etiologii, objawów, przebiegu oraz dostępnych metod leczenia – a także omówienie kwestii związanych ze stresem (jego definicją, źródłami, wpływem na organizm i technikami jego redukcji). W celu weryfikacji skuteczności działań edukacyjnych, przewidziano przeprowadzenie pre- i post-testu badającego poziom wiedzy uczestników. Test powinien zawierać 10 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru i obejmować tematykę prezentowaną podczas spotkania. Test wiedzy zostanie przygotowany przez realizatora programu. Nie załączono przykładowego testu wiedzy więc niemożliwa była jego weryfikacja.

Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla kadry pedagogicznej

Działania szkoleniowe skierowane będą do kadry pedagogicznej szkół podstawowych i ponadpodstawowych z obszaru województwa mazowieckiego. Szkolenia obejmować będą zagadnienia związane z zaburzeniami psychicznymi u dzieci i młodzieży. Omówiona zostanie również tematyka profilaktyki zaburzeń depresyjnych z uwzględnieniem aktualnych danych epidemiologicznych, specyfiki wykrywania zaburzeń, skuteczności wczesnej interwencji, czynników ryzyka oraz możliwości reagowania na niepokojące zachowania uczniów. W ramach szkolenia uczestnicy poznają również techniki radzenia sobie ze stresem i napięciem nerwowym, a także podstawy wsparcia kryzysowego. Szkolenie może być realizowane w formie indywidualnej lub grupowej – w grupach liczących maksymalnie 15 osób. Każdy uczestnik powinien zrealizować co najmniej 60 minut edukacji podczas jednego spotkania. Szkolenie może odbywać się zarówno stacjonarnie, jak i online z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych, które muszą zapewniać możliwość interakcji z prowadzącym oraz przeprowadzenia testów wiedzy i ankiety satysfakcji. Założono, że uczestnicy szkoleń zostaną poddani ocenie poziomu wiedzy w formie pre- i post-testu, przygotowanego przez realizatora programu. Test powinien składać się z 10 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru i obejmować tematykę omawianą podczas szkolenia. Nie załączono przykładowego testu wiedzy więc niemożliwa była jego weryfikacja.

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 aplikujących do programu*”, „*liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie po raz pierwszy*”, „*liczby uczestników ze stwierdzoną depresją poza programem i skierowanych na badanie przesiewowe*”, „*liczby uczestników z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego przeprowadzonego w ramach programu - nie uwzględnia się tu osób, które skorzystały z programu po raz drugi i kolejny*”, „*liczby uczestników z negatywnym wynikiem badania przesiewowego oraz stwierdzonym co najmniej jednym z symptomów zaburzeń emocjonalnych*” oraz „*liczby uczestników u których przeprowadzono konsultację ze specjalistą*”. Należy także monitorować liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie ze wskazaniem przyczyny.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o ankiety satysfakcji uczestników skierowanych do poszczególnych populacji docelowych PPZ. Do projektu załączono wzór ww. ankiet, które nie budzą zastrzeżeń. Ponadto wskazano, że każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu.

Ocena efektywności ma być prowadzona na podstawie analizy mierników efektywności. Warto zaznaczyć, że zaproponowane wskaźniki w większości zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Dodatkowo, w sprawozdaniu z wykonania świadczeń w ramach programu przedstawiono wskaźnik mający zastosowanie w procesie ewaluacji tj. „liczba uczestników edukacji zdrowotnej, u których odnotowano wzrost wiedzy”.

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

W projekcie opisano etapy realizacji programu, obejmujące: działania informacyjno-promocyjne, kwalifikację uczestników, realizację interwencji, rozliczenie finansowe oraz monitorowanie i ewaluację. Przedstawiono informacje dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W ramach akcji informacyjno-promocyjnej Województwo Mazowieckie oraz realizatorzy programu, na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Zaznaczono, że ww. informacje przekazane zostaną również do jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa mazowieckiego. Wskazano, że dopuszczone będą także inne formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt).

Koszty całkowite oszacowano na 9 000 000 zł. Określono koszty jednostkowe, jednak nie zaplanowano budżetu na ewaluację i monitorowanie programu, co należy uzupełnić.

Program ma zostać sfinansowany ze środków województwa mazowieckiego.

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 popsychozy, 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.

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/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.431.48.2025 „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” data ukończenia: lipiec 2025, oraz opinii Rady Przejrzystości nr 116/2025 z dnia 7 lipca 2025 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”.