



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 70/2025 z dnia 7 sierpnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków
uczęszczających do szkół podstawowych dla których organem
prowadzącym jest Miasto Ząbki”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół podstawowych dla których organem prowadzącym jest Miasto Ząbki”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia psychiczne 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.

W programie planuje się interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS oraz z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Działania edukacyjne skierowane do rodziców, opiekunów prawnych dzieci oraz szkolenia kadry pedagogicznej stanowią wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące:

- zaprojektowania pre i post testów wiedzy dla uczestników sesji terapeutycznych;
- zaplanowania pomiaru wzrostu wiedzy i zaprojektowanie pre i post testów dla interwencji edukacyjnej skierowanej do nastolatków;
- zaplanowania celów odnoszących się do wszystkich interwencji w programie (tj. badań przesiewowych oraz działań edukacyjnych skierowanych do nastolatków w ramach godzin wychowawczych) oraz zaplanowania odpowiadających im mierników;
- doprecyzowania opisu etapów i działań podejmowanych w programie.

Ze względu na charakter choroby, powinno się dołożyć wszelkich starań, aby informacje m.in. o udziale w konsultacjach 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.

Należy także zwrócić uwagę na kwestie przedstawione w dalszej części niniejszej opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Miasto Ząbki, zakładający przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej, szkoleń on-line dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych oraz logopedów, działań z zakresu edukacji zdrowotnej (dla nastolatków w wieku 13-14 lat i ich rodziców/opiekunów prawnych), badań przesiewowych w kierunku zaburzeń depresyjnych (dla uczniów w wieku 13-14 lat) oraz terapii zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań – dla nastolatków wyłonionych w ramach badań przesiewowych). Program ma być realizowany w latach 2026-2027. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na 170 000 zł. Program ma być finansowany z budżetu Miasta Ząbki.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Opiniowany PPZ odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są zaburzenia depresyjne dzieci i młodzieży. W projekcie przedstawiono definicję zaburzeń nastroju, w tym depresji oraz wskazano kryteria rozpoznania epizodu depresyjnego, objawy depresji (w tym depresji młodzieńczej) oraz sposoby jej leczenia. Oceniany projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Program jest zbieżny z zbieżny z celem Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2025: „promocja zdrowia psychicznego”, a także odnosi się do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.

W projekcie odniesiono się do światowej, krajowej, regionalnej i lokalnej sytuacji epidemiologicznej, korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. Zgodnie z danymi WHO wskazano, że 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.

W projekcie odwołano się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 i wskazano, że w Polsce w roku 2023 w opiece psychiatrycznej leczono ponad 283,3 tys. pacjentów poniżej 18 r. ż., w tym 16,2 tys. z powodu zaburzeń nastroju. W województwie mazowieckim było to odpowiednio ponad 48,5 tys. oraz 2,56 tys. pacjentów małoletnich (w tym 77,3% dziewcząt). Wskaźnik pacjentów/100 tys. ludności leczonych z powodu zaburzeń nastroju (240,88) był bardzo zbliżony do wskaźnika ogólnopolskiego (236,54). W odniesieniu się do danych regionalnych i lokalnych wskazano, że w tym samym okresie leczono 2 553 małoletnich pacjentów zamieszkujących powiat wołomiński (4 049/100 tys. ludności), w tym ponad 51% leczyła się poza miejscem swojego zamieszkania, co podkreśla konieczność zwiększania dostępności do lokalnych form leczenia dla mieszkańców powiatu, w tym także miasta Ząbki.

Cele i efekty programu

Głównym celem 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. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny został sformułowany prawidłowo. W projekcie zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy uczestników za pomocą pre- i post-testów. W kontekście działań edukacyjnych zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Należy jednak zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, a do PPZ nie dołączono wzorów testów wiedzy dedykowanych uczestnikom sesji terapeutycznych.

W projekcie zaproponowano 2 cele szczegółowe:

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

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. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele szczegółowe nr 1 oraz 2 odnoszą się do wzrostu wiedzy uczestników PPZ (kadry pedagogicznej oraz rodziców/opiekunów prawnych) i zostały zaplanowane prawidłowo. Zaplanowano również pomiar wzrostu wiedzy poprzez przeprowadzenie pre- i post testów wiedzy. Do projektu dołączono wzory ww. dokumentów, które nie budzą zastrzeżeń. Należy jednak wskazać, że zaproponowane cele nie odnoszą się do wszystkich zaplanowanych interwencji, np. 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.

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 projekcie 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 osób z kadry szkolnej, u których w teście wiedzy po szkoleniu uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi)”;*
- (3) *„odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w teście wiedzy po edukacji zdrowotnej uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi)”.*

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. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Zaproponowane mierniki zostały zaplanowane poprawnie i odpowiadają celom wskazanym w programie.

Dla zasugerowanego celu odnoszącego się do badań przesiewowych miernikiem efektywności mógłby 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 młodzieży zamieszkującej Żąbki, rodziców/opiekunów prawnych nastolatków oraz kadry pedagogicznej. Działania edukacyjne będą kierowane do nastolatków w wieku 13-14 lat, uczęszczających do klas VII publicznych szkół podstawowych, a także do ich rodziców/opiekunów prawnych. Badania przesiewowe oraz terapia zaburzeń nastroju będą kierowane do nastolatków w wieku 13-14 lat, uczęszczających do klas VII szkół podstawowych, natomiast szkolenia dedykowane są dla kadry pedagogicznej. Wezmą w nich udział wszyscy nauczyciele wychowawcy klas VII szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie miasta oraz specjaliści zatrudnieni w tych placówkach (psycholodzy i pedagodzy szkolni, logopedzi).

W projekcie wskazano, że do programu będzie włączonych łącznie ok. 1 200 nastolatków, ok. 1 200 rodziców/opiekunów prawnych nastolatków oraz 40 pracowników kadry pedagogicznej.

Badania przesiewowe zostaną przeprowadzone dla całej populacji dzieci w wieku 13-14 lat, natomiast do kolejnego etapu programu tj. terapii zaburzeń nastroju zakwalifikowani będą nastolatki z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego. Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe miasta Żąbki sesje terapeutyczne zaplanowano łącznie dla 45 osób.

W projekcie prawidłowo zaplanowano kryteria kwalifikacji i wyłączenia z PPZ.

Należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielają u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało uwzględnione w projekcie w kryteriach wyłączenia.

Interwencja

W ramach programu planowana jest realizacja: kampanii informacyjno-edukacyjnej, działań szkoleniowych z zakresu zaburzeń depresyjnych dla kadry pedagogicznej, edukacji zdrowotnej (psychoedukacji) rodziców/opiekunów prawnych dzieci, edukacji zdrowotnej (psychoedukacji) nastolatków, badań przesiewowych oraz terapii zaburzeń nastroju dzieci i młodzieży.

Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla kadry pedagogicznej

Szkolenia obejmą zagadnienia dotyczące czynników ryzyka występowania zaburzeń nastroju, ich specyfiki oraz następstw zdrowotnych, skuteczności działań zapobiegawczych, konsekwencji bagatelizowania objawów chorobowych i zaniedbań diagnostycznych. Szkolenia prowadzone będą przez psychologa lub psychoterapeutę w formie online, w wymiarze min. 5h edukacyjnych. Zaplanowano 1 szkolenie w pierwszym roku realizacji programu dla grupy max. 40-osobowej. Na szkoleniach zostaną przekazane nauczycielom materiały szkoleniowe, w tym scenariusza zajęć dla klas VII oraz wzory prezentacji multimedialnej. Podczas szkoleń zostanie zweryfikowany wzrost poziomu wiedzy przy zastosowaniu testu wiedzy, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych. Do projektu załączono wzór ww. testu, który nie wzbudza zastrzeżeń.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci

Działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci realizowane będą przez psychoterapeutę lub psychologa, w formie wykładów online z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych, obejmując tematy: charakterystyka skuteczności terapii psychologicznych wśród dzieci i młodzieży, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych, przedstawienie możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku występowania zaburzeń

depresyjnych m.in. z możliwości rozmowy w ramach telefonu zaufania). Zakłada się przeprowadzenie 3 spotkań w każdym roku realizacji, w wymiarze co najmniej 2h edukacyjnych - łącznie 6 spotkań obejmujących rodziców uczniów wszystkich szkół. Podczas szkoleń zostanie zweryfikowany wzrost poziomu wiedzy przy zastosowaniu testu wiedzy. Do projektu załączono wzór ww. testu, który nie wzbudza zastrzeżeń.

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków

Celem edukacji zdrowotnej dla nastolatków jest nabycie wiedzy na temat rozwijania umiejętności życiowych, efektywnego radzenia sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia, prawidłowego porozumiewania się i umiejętności interpersonalnych, podejmowania decyzji i krytycznego myślenia, radzenia sobie ze stresem i kierowania emocjami, a także budowania poczucia własnej wartości i pozytywnej samooceny. Edukacja będzie obejmować tematy czynników ryzyka depresji, metod radzenia sobie z zaburzeniami nastroju, konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu obniżonego nastroju, czy innych trudności rozwojowych. Edukacja zdrowotna dla nastolatków przeprowadzona będzie przez wychowawców, pedagogów lub psychologów szkolnych na zajęciach z wychowawcą. Zaplanowano 2 spotkania 45-minutowe w każdym roku szkolnym w klasach VII szkoły podstawowej. W ramach edukacji wykorzystany będzie scenariusz zajęć dla klas VII oraz otrzymanego wzoru prezentacji multimedialnej. Należy zaznaczyć, że w opisie tej interwencji nie zaplanowano pre i post testów wiedzy, co należałoby uzupełnić.

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe z użyciem kwestionariusza samooceny umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych (np. kwestionariusza CDI 2) zaplanowano dla 1 200 nastolatków. O rodzaju testu przesiewowego zdecyduje realizator. Założenie dot. przeprowadzenia badań obejmuje stworzenie każdemu pacjentowi warunków odbycia wizyty z poszanowaniem prywatności i intymności. Badania będą prowadzone przez psychologów lub psychologów/pedagogów szkolnych w formie indywidualnych spotkań z dzieckiem lub w obecności rodzica/opiekuna prawnego. Kwalifikacja do terapii zaburzeń nastroju zostanie przeprowadzona po uzyskaniu wyniku badania przesiewowego.

Terapia zaburzeń nastroju

Uczestnicy, którzy w badaniach przesiewowych uzyskają wynik pozytywny (w zakresie profilu i nasilenia objawów depresyjnych), zakwalifikowani zostaną do interwencji terapeutycznej. Terapia zaburzeń nastroju prowadzona będzie przez psychoterapeutę dzieci i młodzieży i obejmować będzie wizyty 50-minutowe, raz w tygodniu przez okres kolejnych 12 tygodni. W ramach terapii przeprowadzona zostanie wizyta początkowa oraz końcowa.

Podczas wizyty początkowej przeprowadzony zostanie wywiad psychologiczny oraz pre-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym problemem zdrowotnym. Dodatkowo przeanalizowana zostanie dokumentacja medyczna pod kątem wykluczenia przeciwwskazań do udziału w programie, przeprowadzona ocena funkcjonowania psychologicznego i ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych.

W treści projektu wskazano na możliwość przeprowadzenia następujących terapii: terapia indywidualna poznawczo-behawioralna (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-doświadczeniowa, psychoterapia integracyjna. W projekcie przedstawiono szereg możliwych do zastosowania nurtów terapeutycznych. Wskazane powyżej terapie cechują się innym czasem trwania oraz mają inne założenia (np. CBT vs. terapia psychoanalityczna). W programie natomiast wskazano na przeprowadzenie w ramach programu konkretnej liczby sesji terapeutycznych tj. 12 sesji. Sugeruje się zweryfikowanie liczby sesji pod kątem ww. kwestii.

Podczas wizyty końcowej, specjalista dokona podsumowania cyklu terapii oraz udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu, a także przekaze pacjentowi post-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym. Wspomniany wzór pre- i post-testu nie został jednak dołączony do projektu, w związku z czym nie było możliwości jego weryfikacji. W sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań PPZ, rodzice/opiekunie prawni otrzymają dalsze zalecenia w zakresie wykonania badań uzupełniających i ewentualnych działaniach realizowanych w ramach NFZ. Zostanie również sporządzona notatka informacyjna dla lekarza rodzinnego.

Należy wskazać, że w odnalezionych wytycznych podkreśla się znaczenie psychoedukacji indywidualnej, grupowej lub realizowanej w całych społecznościach, skierowanej do dzieci i rodziców oraz szkoleń dla personelu szkolnego. Rekomendacje wskazują również na zapewnienie powszechnego dostępu do interwencji zapobiegających i ograniczających zaburzenia psychiczne. Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 13-14 lat znajdują odzwierciedlenie w większości odnalezionych wytycznych.

Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności do PPZ prowadzona będzie na podstawie wskaźników: „liczba osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych”, „liczba osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych”, „liczba nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji”, „liczba rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji”, „liczba osób, które wzięły udział w szkoleniu dla kadry szkolnej” oraz „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Zaproponowane wskaźniki zostały zaprojektowane prawidłowo. Dodatkowo należy uwzględnić liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie analizy ankiet satysfakcji oraz pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu. Do projektu załączono wzory ankiet dla poszczególnych populacji, które nie budzą zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wskaźników ewaluacyjnych, takich jak: „liczba i odsetek nastolatków, 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”, „liczba i odsetek osób z kadry szkolnej, u których w teście wiedzy po szkoleniu uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi)”, „liczba i odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w teście wiedzy po edukacji zdrowotnej uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi)” oraz „identyfikacja 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 podkreślone w projekcie programu.

Warunki realizacji

W projekcie opisano etapy i działania podejmowane w ramach programu oraz sposób zakończenia. Należy zaznaczyć, że opis programu został przygotowany w sposób ogólny i dotyczy w głównej mierze działań przygotowawczych, co wymaga doprecyzowania.

Odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. W projekcie szczegółowo opisano realizację kampanii informacyjno-edukacyjnej.

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

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe, koszt całkowity oraz źródła finansowania. Wskazano także koszty monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity został oszacowany na 170 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków własnych miasta Ząbki. Urząd Miasta w latach 2026-2027 będzie starał się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych ewentualnych źródeł.

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

Należy podkreślić, że zmienia się również obraz kliniczny zaburzeń afektywnych (częściej w ich przebiegu dochodzi do zachowań agresywnych), a także dochodzi do zamierzonych samookaleczeń, prób samobójczych, 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 wyspecjalizowanej całodobowej opieki psychiatrycznej).

W ramach wskazanej opieki pacjentom bezpłatnie przysługują w warunkach:

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

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

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

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych rekomendacji klinicznych:

Badania przesiewowe w kierunku depresji u dzieci i młodzieży

- Amerykańskie towarzystwo U.S. Preventive Services Task Force zaleca realizację badań przesiewowych w kierunku tzw. dużej depresji (MDD, ang. major depressive disorder) u młodzieży w wieku od 12 do 18 lat. Jednocześnie wskazuje, że obecnie dostępne dowody nie są wystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku MDD u dzieci w wieku 11 lat i 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 Pediatriczne 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), skalę objawowe zaburzeń okresu adolescencji (Konsultanci 2019), Przymiotnikową Skalę Nastroju (od 16. r.ż.) (UMACL),(Konsultanci 2019), kwestionariusz PHQ-9 i dostosowaną do populacji nastolatków PHQ-A (ang. Patient Health Questionnaire-9) (USPSTF 2022a), skalę CESD (ang. Center for Epidemiological Studies Depression) (USPSTF 2022a), skalę Kiddie-Sads (K-SADS) (NICE 2019), kwestionariusz CAPA (ang. Child and Adolescent Psychiatric Assessment) (NICE 2019).
- Wśród narzędzi służących do oceny skłonności samobójczych wymienia się: skalę C-SSRS (ang. Columbia Suicide Severity Rating Scale) oraz narzędzie KADS: wersja dla nastolatków (ang. Kutcher Adolescent Depression Scale) (MZ 2019).

Interwencje psychologiczne

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

Działania edukacyjne

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

Szkolenia dla personelu

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

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych:

- Zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej uznane źródło niepełnosprawności i kosztów w opiece zdrowotnej, jest działaniem wysoce umotywowanym (Merry 2007).
- Badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania. Równocześnie istnieją obawy, że niezbadane są ujemne efekty takiego postępowania, głównie możliwość stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych. Przed rutynowym zastosowaniem tego typu postępowania należy dokładniej zbadać długofalowe efekty programu, efekty możliwe do osiągnięcia w rzeczywistej praktyce i jego kosztową efektywność (Cuijpers 2006).
- W zakresie redukcji objawów depresyjnych przed/po interwencji, w metaanalizie wyników programów celowanych (5 programów) wykazano istotną statystycznie poprawę: SMD -0,26 (95% CI -0,40; -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; -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; -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; -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; -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

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

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

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.61.2025 „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół podstawowych dla których organem prowadzącym jest Miasto Ząbki” data ukończenia: lipiec 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości Opinii Rady Przejrzystości nr 138/2025 z dnia 5 sierpnia 2025 roku o projekcie programu „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół podstawowych dla których organem prowadzącym jest Miasto Ząbki”.