



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 97/2025 z dnia 3 października 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Gminny program promocji zdrowia psychicznego mieszkańców
Gminy Boguchwała na lata 2025-2026”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Gminny program promocji zdrowia psychicznego mieszkańców Gminy Boguchwała na lata 2025-2026”.

Uzasadnienie

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

Należy zauważyć, że podobny projekt pn. „*Gminny program promocji zdrowia psychicznego mieszkańców Gminy Boguchwała na lata 2025-2026*” był w 2025 r. oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał negatywną opinię (nr 66/2025 z 23 lipca 2025 r.). Większość zgłoszonych wówczas uwag została uwzględniona jedynie częściowo w obecnie ocenianym projekcie.

Należy zaznaczyć, że aktualnie oceniany projekt programu polityki zdrowotnej nadal zawiera liczne braki i uchybienia, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii. Prezes Agencji podkreśla w szczególności następujące kwestie wymagające poprawy i dotyczące:

- prawidłowego zaplanowania celu głównego, szczegółowych, a także mierników efektywności – cele i mierniki zostały przeformułowane, jednak nadal wymagają doprecyzowania;
- jednoznacznego wskazania jakie grupy stanowią populację docelową – doprecyzowania wymaga włączenie do programu grupy wychowawców oraz pedagogów;
- wskazania jasno sprecyzowanego i jednoznacznego planu interwencji – opis interwencji w dalszym ciągu wymaga doprecyzowania;
- przedstawienia kryteriów wyłączenia dla kadry szkolnej – kryteria te nadal nie zostały przedstawione;

- prawidłowego zaplanowania monitorowania i ewaluacji w projekcie – wskaźniki te zostały w większości przeformułowane lecz nadal wymagają doprecyzowania.

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 Gminę Boguchwałę, zakładający przeprowadzenie zajęć psychoedukacyjnych w szkołach, warsztatów umiejętności społecznych i emocjonalnych, zajęć grupowych wspierających rozwój emocjonalny, konsultacji z wychowawcami oraz działań skierowanych do rodziców. Program ma być realizowany w latach 2025-2026. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na 60 000 zł. Program ma być finansowany z budżetu Gminy Boguchwała.

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 jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. W projekcie zaznaczono, że najczęściej obserwowane przez szkoły problemy to zaburzenia lękowe i depresyjne, trudności z regulacją emocji i agresją, niskie poczucie własnej wartości, wycofanie społeczne i trudności w nawiązywaniu relacji rówieśniczych, zwiększona liczba nieobecności szkolnych i objawy psychosomatyczne, uzależnienie od telefonu, gier, mediów społecznościowych oraz zachowania autodestrukcyjne i symptomy wypalenia emocjonalnego już u uczniów szkół podstawowych. Należy zaznaczyć, że problem zdrowotny został częściowo doprecyzowany i w dalszym ciągu stanowi szeroki katalog pojęć.

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

W projekcie odniesiono się do krajowej oraz regionalnej sytuacji epidemiologicznej, korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. Wskazano, że w Polsce około 20% dzieci i młodzieży cierpi na zaburzenia psychiczne. Powołując się na publikację Rzecznika Praw Dziecka zaraportowano, że ok. 14% uczniów w kraju wymaga interwencji związanej z ich zdrowiem psychicznym.

W projekcie odwołano się do Map Potrzeb Zdrowotnych i wskazano, że najczęściej diagnozowane zaburzenia psychiczne wśród dzieci i młodzieży w województwie podkarpackim, z pominięciem całościowych zaburzeń rozwojowych, to zaburzenia emocji, zaburzenia nerwicowe, zaburzenia nastroju. Ponadto podobnie jak w innych częściach Polski, dużym problemem jest dostępność do specjalistycznej pomocy psychologicznej i psychiatrycznej.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026 dla województwa podkarpackiego wskazano, że w obszarze opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży istotnym problemem jest niski odsetek pacjentów trafiających do opieki specjalistycznej oraz niedobór psychiatrów dziecięcych. W odpowiedzi zaproponowano rozwój oferty ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej dla dzieci

i młodzieży w celu zapewnienia dostępności do świadczeń oraz wsparcie dla młodej kadry medycznej zachęcające do podejmowania nauki, osiedlania się i pracy w województwie.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„do końca 2026 roku zwiększyć o co najmniej 20% skuteczność wczesnego rozpoznawania problemów psychicznych w stosunku do stanu wyjściowego oraz zwiększyć o co najmniej 20% poziom wiedzy na temat zdrowia psychicznego w stosunku do stanu wyjściowego wśród dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat w Gminie Boguchwała biorących udział w programie poprzez realizację kompleksowych działań edukacyjnych, profilaktycznych i wspierających mierzony przy pomocy pre-testu oraz post-testu, który pozwala ocenić efektywność programu (ankieta nr 1 w załączniku do niniejszego Programu) oraz przy pomocy celów szczegółowych”*.

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 nieprawidłowo – składa się z dwóch odrębnych założeń. Założenie pierwsze odnosi się do zwiększenia skuteczności wczesnego rozpoznawania problemów psychicznych. Należy zaznaczyć, że w treści projektu nie zaplanowano działań przesiewowych pozwalających na wczesne rozpoznanie problemów psychicznych dla wszystkich uczestników programu. W projekcie podkreślono, że *„w razie potrzeby możliwa jest dodatkowa selekcja do programu i badania przesiewowe”*. Nie jest natomiast jasne, na jakich zasadach ww. badania będą realizowane oraz jaka liczba uczestników zostanie przebadana. Zaplanowano *„wczesną diagnozę”* poprzez obserwację dzieci i młodzieży przez wychowawców i psychologów i na tej podstawie kierowanie dzieci do dalszych form wsparcia w ramach programu. Należy jednak zaznaczyć, że tak sformułowany cel nie odnosi się do efektu zdrowotnego – wczesne rozpoznanie choroby nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia uczestników PPZ.

Założenie drugie odnosi się do wzrostu poziomu wiedzy uczestników PPZ biorących udział w programie i wydaje się możliwe do realizacji. 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, a do projektu załączono wzór testu wiedzy dla populacji uczestników PPZ. Należy jednak zaznaczyć, że pytania zawarte we wzorze pre- i post-testu zostały częściowo sformułowane w sposób deklaracyjny tj. *„Czy wiesz, co to znaczy „zdrowie psychiczne”? Tak, dobrze wiem, Trochę wiem, Nie bardzo, Nie wiem wcale”*, co jest działaniem nieprawidłowym. Należy również zwrócić uwagę na poziom trudności przedstawionego pre- i post-testu wiedzy, który wydaje się stosunkowo niski. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi). W projekcie nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych dla celu głównego.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- (1) *„zredukowanie stygmatyzacji wobec osób doświadczających kryzysu psychicznego o co najmniej 20% w stosunku do stanu wyjściowego”;*
- (2) *„wdrożenie programów edukacyjno-warsztatowych na temat znaczenia zdrowia psychicznego w placówkach edukacyjnych o co najmniej 20% w stosunku do stanu wyjściowego”;*
- (3) *„zwiększenie zaangażowania kadry pedagogicznej i rodziców o co najmniej 20% w stosunku do stanu wyjściowego”.*

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.

Cel szczegółowy nr 1 został sformułowany w sposób ogólny. Stygmatyzacja społeczna jest bardzo szerokim pojęciem. Należy natomiast zaznaczyć, że doprecyzowano w opisie miernika efektywności, że poziom stygmatyzacji mierzony będzie za pomocą analizy postaw społecznych przed i po realizacji warsztatów. Do projektu dołączono wzór testu mierzącego postawy społeczne. Należy zaznaczyć, że ankieta poza oceną potrzeb zawiera również ocenę wiedzy i potrzeb uczestników. Załączony wzór testu nie wzbudza zastrzeżeń. Cel szczegółowy nr 2 został sformułowany nieprawidłowo, w formie działania. Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do zwiększenia zaangażowania kadry pedagogicznej oraz rodziców dzieci i młodzieży uczestniczących w projekcie. Nie doprecyzowano natomiast jak rozumiane będzie wskazane „zwiększenie zaangażowania” oraz nie wskazano za pomocą jakiego narzędzia będzie mierzone. Do projektu nie załączono także przykładowego testu odnoszącego się do pomiaru zaangażowania kadry pedagogicznej oraz rodziców. Nie przedstawiono uzasadnienia dla wskazanych wartości docelowych przy celach szczegółowych. Mając na uwadze powyższe, cele szczegółowe w dalszym ciągu wymagają poprawnego zaplanowania.

W projekcie programu zaproponowano 8 mierników efektywności:

- (1) „poziom wiedzy dzieci i młodzieży nt. zdrowia psychicznego (np. wpływ stresu, objawy depresji)”,
- (2) „liczba zgłoszeń do pedagogów i psychologów szkolnych”,
- (3) „odsetek uczniów objętych działaniami edukacyjnym”,
- (4) „odsetek uczniów wyrażających pozytywne postawy wobec rówieśników z problemami psychicznymi”,
- (5) „liczba zrealizowanych dedykowanych zajęć”,
- (6) „liczba uczniów biorących udział”,
- (7) „liczba nauczycieli i wychowawców przeszkolonych w zakresie zdrowia psychicznego”,
- (8) „liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych”.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary.

Wskaźnik nr 1 został zaprojektowany w sposób niepoprawny. Wskaźniki nr 2, 3, 5, 6, 7, 8 nie spełniają funkcji miernika efektywności, mogą natomiast zostać wykorzystane przy monitorowaniu. Wskaźnik nr 4 odnosi się do celu szczegółowego nr 1. Odnośnie do mierników nr 7 i 8 należy zaznaczyć, że w treści projektu, w części opisującej interwencję wskazano na „konsultacje z wychowawcami umożliwiające wczesną diagnozę problemów i skierowanie do odpowiedniego wsparcia” oraz „indywidualne spotkania informacyjne” z rodzicami. Nie przedstawiono natomiast większej ilości szczegółów dotyczących działań edukacyjnych skierowanych do tych dwóch grup.

Mając na uwadze powyższe, mierniki efektywności w dalszym ciągu wymagają poprawnego zaplanowania.

Przykładowym miernikiem efektywności dotyczącym działań edukacyjnych może być: „odsetek osób, u których w post-testie uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy na temat zdrowia psychicznego, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test”.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do uczniów z 7 i 8 klas szkół podstawowych oraz uczniów liceum ogólnokształcącego poniżej 18 lat z terenu gminy Boguchwała oraz ich opiekunów, kadry pedagogicznej.

Zgodnie z treścią projektu, wskazano, że programem w każdym roku jego realizacji może zostać objętych ok. 150 osób. Zatem biorąc pod uwagę 2-letni okres realizacji, programem zostanie objęte ok. 300 osób. W projekcie przedstawiono listę 10 szkół podstawowych oraz jednego liceum, które będą uczestniczyć w programie. Z opisu interwencji wynika, że do programu włączeni zostaną także rodzice dzieci i młodzieży biorącej udział w programie oraz kadra pedagogiczna.

Należy zaznaczyć, że częściowo odniesiono się do uwagi dotyczącej doprecyzowania populacji biorącej udział w programie, zawartej w opinii Prezesa AOTMiT nr 66/2025 z dnia 23 lipca 2025 r. wskazując, że populacją docelową programu będą dzieci i młodzieży w wieku szkolnym poniżej 18. roku życia „ze szczególnym naciskiem” na klasy 7 i 8 szkół podstawowych oraz uczniów liceum ogólnokształcącego poniżej 18 lat. W opisie projektu zaplanowano „konsultacje z wychowawcami” wskazując w jednej części projektu na „kwestionariusz dla wychowawców i pedagogów szkolnych” natomiast w innej części projektu na „konsultacje z wychowawcami”. Nie jest zatem jasne, czy do udziału w programie zaproszeni będą wychowawcy czy też wychowawcy i pedagodzy szkolni. Kwestia ta wymaga doprecyzowania.

W ramach kryteriów włączenia wskazano, że *„w programie ze względu na jego charakter nie zaplanowano szczegółowych kryteriów włączenia”*. Podkreślono, że w programie *„uczestniczyć będą mogli uczniowie z 7 i 8 klas szkół podstawowych oraz uczniowie liceum ogólnokształcącego poniżej 18 lat. Wymagana jedynie będzie chęć uczestnictwa oraz pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w programie”*. Należy zaznaczyć, że nie przedstawiono szczegółowych kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia dla dzieci i młodzieży. Nie przedstawiono także kryteriów włączenia/wyłączenia dla kadry pedagogicznej, co należy uzupełnić.

W treści projektu wskazano również, że *„w razie potrzeby możliwa jest dodatkowa selekcja do programu i badania przesiewowe”*. Nie jest natomiast jasne jakie okoliczności będą brane pod uwagę przy przeprowadzeniu ww. dodatkowej selekcji i badań przesiewowych, a także jaki byłby cel tych działań.

Należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co znalazło odniesienie w zapisach projektu.

Interwencja

W programie planowane jest przeprowadzenie kompleksowych działań profilaktycznych dostosowanych do potrzeb, wieku oraz rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży m.in.: zajęć psychoedukacyjnych w szkołach, warsztatów umiejętności społecznych i emocjonalnych, zajęć grupowych, konsultacji z wychowawcami oraz działań skierowanych do rodziców.

Wskazano, że zajęcia „psychoedukacyjne w szkołach” obejmą tematy takie jak: emocje i sposoby ich wyrażania, budowanie odporności psychicznej, radzenie sobie ze stresem, objawy depresji, komunikacja bez przemocy, przeciwdziałanie przemocy rówieśniczej oraz higiena cyfrowa. Zaznaczono, że zajęcia te prowadzone przez psychologów i trenerów zdrowia psychicznego. Następnie wskazano na „warsztaty umiejętności społecznych i emocjonalnych”. W dalszej kolejności wskazano na „zajęcia grupowe wspierające rozwój emocjonalny”. Przytoczono przykładowe tematy, które będą poruszane podczas zajęć tj. przemoc domowa, migracje czy rozwoły rodziców. W opisie projektu podkreślono, że *„powyższe zajęcia będą realizowane w grupach klasowych (maksymalnie 20-25 uczniów), co pozwala na zindywidualizowane podejście w znanym sobie środowisku”*. Zaznaczono również, że czas trwania jednostkowych zajęć wyniesie 60 minut, a jeden cykl szkoleń będzie obejmować 10 spotkań, których tematyka oraz forma będą indywidualnie dopasowywane przez prowadzących do preferencji, potrzeb oraz oczekiwań uczestników. Natomiast stan początkowy, narzędzia oraz szczegółowe zagadnienia zostaną określone na podstawie ankiety tzw. pre-test.

Jako ostatnie wymieniono „konsultacje z wychowawcami”. Zaznaczono, że konsultacje te umożliwią wczesną diagnozę problemów i skierowanie do odpowiedniego wsparcia. W ramach „działań

skierowanych do rodziców” wskazano, że rodzice uczniów objętych wczesną interwencją w programie będą zapraszani na indywidualne spotkania informacyjne oraz otrzymają pisemne rekomendacje wsparcia.

Należy zaznaczyć, że opis działań został częściowo doprecyzowany. W projekcie nie zaplanowano badań przesiewowych skierowanych do wszystkich dzieci i młodzieży uczestniczących w programie. Interwencja przedstawiona w projekcie w dalszym ciągu wymaga doprecyzowania.

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. W projekcie wskazano jedynie na konsultacje z wychowawcami, umożliwiające wczesną diagnozę problemów i skierowanie do odpowiedniego wsparcia. Nie zaplanowano natomiast konkretnej interwencji odpowiadającej przeprowadzeniu badań przesiewowych, umożliwiających ocenę skali zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży.

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. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do PPZ prowadzona będzie *„monitorowana zarówno w trakcie jego trwania, jak i po zakończeniu, za pomocą list uczestników. Realizator Programu będzie zobowiązany do składania cyklicznych sprawozdań dotyczących postępów w realizacji Programu”*.

Monitorowanie realizacji programu będzie prowadzone na bieżąco oraz po zakończeniu każdego etapu działań, w celu oceny skuteczności, efektywności oraz trafności podejmowanych interwencji. Zaznaczono, że w tym celu zostaną zastosowane następujące narzędzia i metody: (1) „sprawozdawczość realizatorów programu”; (2) „sprawozdania kwartalne i końcowe będą zawierać dane ilościowe i jakościowe, takie jak”: „liczba uczestników (wg wieku, szkoły, płci – bez danych osobowych)”, „liczba przeprowadzonych zajęć/warsztatów/konsultacji”, „tematyka i zakres interwencji programu bezpośrednio przez dyrektorów szkół i wychowawców w dedykowanych placówkach”; (3) „wskaźniki monitorowania programu”: „poziom wiedzy dzieci i młodzieży na temat zdrowia psychicznego (np. wpływ stresu, objawy depresji) – podstawie testu pre i post test”, „liczba zgłoszeń do pedagogów i psychologów szkolnych w porównaniu do stanu wyjściowego”, „odsetek uczniów objętych działaniami edukacyjnymi w danej placówce edukacyjnej”, „odsetek uczniów wyrażających pozytywne postawy wobec rówieśników z problemami psychicznymi na podstawie testu postaw społecznych na początek i na koniec programu”, „liczba nauczycieli i wychowawców przeszkolonych w zakresie zdrowia psychicznego”, „liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych”; (4) „raport końcowy”. Należy zaznaczyć, że jeden z przedstawionych wskaźników odnosi się bardziej do ewaluacji: „odsetek uczniów wyrażających pozytywne postawy wobec rówieśników z problemami psychicznymi na podstawie testu postaw społecznych na początek i na koniec programu”. Natomiast dwa zostały sformułowane nieprawidłowo tj.: „raport końcowy”, „poziom wiedzy dzieci i młodzieży na temat zdrowia psychicznego (np. wpływ stresu, objawy depresji) – podstawie testu pre i post test”.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie ankiety, przeprowadzanej po zakończeniu cyklu warsztatów lub konsultacji. Do projektu dołączono wzór ankiety satysfakcji, który nie wzbudza uwag analityka.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wskaźników ewaluacyjnych, takich jak: „poziom wiedzy dzieci i młodzieży nt. zdrowia psychicznego (np. wpływ stresu, objawy depresji) –

podstawie testu pre i post test, ankiety satysfakcji i ewaluacyjnej”, „liczba zgłoszeń do pedagogów i psychologów szkolnych w porównaniu do stanu wyjściowego”, „odsetek uczniów objętych działaniami edukacyjnymi w danej placówce edukacyjnej”, „odsetek uczniów wyrażających pozytywne postawy wobec rówieśników z problemami psychicznymi na podstawie testu postaw społecznych na początek i na koniec programu” oraz „liczba przypadków wymagających skierowania do dalszego wsparcia specjalistycznego”. Należy zaznaczyć, że dwa z przedstawionych wskaźników odnoszą się bardziej do monitorowania tj. „liczba zgłoszeń do pedagogów i psychologów szkolnych w porównaniu do stanu wyjściowego” oraz „odsetek uczniów objętych działaniami edukacyjnymi w danej placówce edukacyjnej”. Natomiast jeden wskaźnik został zaprojektowany nieprawidłowo tj.: „poziom wiedzy dzieci i młodzieży nt. zdrowia psychicznego (np. wpływ stresu, objawy depresji) – podstawie testu pre i post test, ankiety satysfakcji i ewaluacyjnej”.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co częściowo zostało uwzględnione w projekcie programu.

Warunki realizacji

W projekcie opisano etapy i działania podejmowane w ramach programu oraz sposób zakończenia.

Odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych oraz do akcji informacyjnej.

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

W projekcie w sposób ogólny przedstawiono koszty jednostkowe programu. Należy zaznaczyć, że nadal nie odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity został oszacowany na 60 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków własnych Gminy Boguchwała.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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

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

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

W ramach wskazanej opieki pacjentom bezpłatnie przysługują w warunkach:

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

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

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

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych rekomendacji klinicznych:

Badania przesiewowe w kierunku depresji u dzieci i młodzieży

- Amerykańskie towarzystwo U.S. Preventive Services Task Force zaleca realizację badań przesiewowych w kierunku tzw. dużej depresji (MDD, ang. major depressive disorder) u młodzieży w wieku od 12 do 18 lat. Jednocześnie wskazuje, że obecnie dostępne dowody nie są wystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku MDD u dzieci w wieku 11 lat i młodszych (USPSTF 2022a).
- Podobnie brytyjskie towarzystwo NICE zaleca, aby u dzieci i młodzieży powyżej 11 r.ż., bez rozpoznanej depresji, skierowanych do placówek opieki zdrowotnej udzielającej świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, w ramach ogólnej diagnostyki przeprowadzać rutynowe badania przesiewowe w kierunku depresji w oparciu o kwestionariusze (NICE 2019).
- Kanadyjskie Towarzystwo Pediatryczne zwraca uwagę, iż każda wizyta zdrowego dziecka w placówce POZ jest okazją do omówienia obaw rodziców, dotyczących rozwoju dziecka i przeprowadzenia obserwacji pod kątem zdrowia psychicznego (np. poprzez regularne badania przesiewowe w kierunku pojawiających się problemów ze zdrowiem psychicznym) (CPS 2023).
- W ramach rutynowych badań dzieci i młodzieży należy zwracać uwagę na obecność czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń depresyjnych: genetycznych (przypadki depresji w rodzinie), osobniczych (m.in. wiek, płeć, tożsamość płciowa, orientacja seksualna) czy psychospołecznych (np. molestowanie seksualne lub zaniedbywanie w dzieciństwie, wystąpienie traumatycznych wydarzeń, znęcanie się, wczesne narażenie

na stres, maltretowanie lub niepewność w relacji z rodzicami) (CPS 2023, USPSTF 2022a, NICE 2019, MZ 2019).

- Zaleca się, aby w ramach oceny czynników ryzyka depresji u dzieci i młodzieży, korzystać z wystandaryzowanych kwestionariuszy, wśród których wymienia się: skalę depresji Kutchera dla młodzieży (ang. Kutcher Adolescent Depression Scale), zestaw kwestionariuszy do diagnozy depresji u dzieci i młodzieży CDI 2 (ang. Children Depression Inventory 2, normy polskie opracowane dla populacji w wieku od 7 do 18 lat) (MZ 2019), skale objawowe zaburzeń okresu adolescencji (Konsultanci 2019), Przymiotnikową Skalę Nastroju (od 16. r.ż.) (UMACL),(Konsultanci 2019), kwestionariusz PHQ-9 i dostosowaną do populacji nastolatków PHQ-A (ang. Patient Health Questionnaire-9) (USPSTF 2022a), skalę CESD (ang. Center for Epidemiological Studies Depression) (USPSTF 2022a), skalę Kiddie-Sads (K-SADS) (NICE 2019), kwestionariusz CAPA (ang. Child and Adolescent Psychiatric Assessment) (NICE 2019).
- Wśród narzędzi służących do oceny skłonności samobójczych wymienia się: skalę C-SSRS (ang. Columbia Suicide Severity Rating Scale) oraz narzędzie KADS: wersja dla nastolatków (ang. Kutcher Adolescent Depression Scale) (MZ 2019).

Interwencje psychologiczne

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

Działania edukacyjne

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

Szkolenia dla personelu

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

- umiejętności komunikacyjnych (obejmujących np. aktywne słuchanie i techniki konwersacji) (CPS 2023, NICE 2019, MZ 2019).
- NICE w swoich rekomendacjach podkreśla również konieczność szkolenia personelu pracującego w szkołach i innych placówkach sprawujących opiekę nad dziećmi i młodzieżą (NICE 2019).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych:

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

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: DPPZ.431.11.2025 „Gminny program promocji zdrowia psychicznego mieszkańców Gminy Boguchwała na lata 2025-2026” data ukończenia: wrzesień 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 183/2025 z dnia 30 września 2025 roku o projekcie programu „Gminny Program Promocji Zdrowia Psychicznego mieszkańców Gminy Boguchwała na lata 2025-2026”.