



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 9/2026 z dnia 5 lutego 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży
na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia psychiczne wśród młodzieży. Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego, a także pogorszenie funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji. Program zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej, szkoleń dla kadry pedagogicznej, szkoleń dla rodziców i opiekunów prawnych, działań edukacyjnych dla młodzieży w wieku 11-15 lat, badań przesiewowych oraz pomocy psychologicznej w formie terapii dla uczniów w wieku od 11 do 18 lat borykającej się z problemem zaburzeń depresyjnych. 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. Podsumowując, zaplanowane w projekcie interwencje oraz zaproponowany wiek populacji docelowej dla badań przesiewowych znajdują odzwierciedlenie w większości odnalezionych wytycznych klinicznych. Warto również wskazać, że 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, natomiast działania edukacyjne skierowane do nastolatków, 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 i dołączenia do projektu programu pre- i post- testów i służących do oceny poziomu wiedzy uczestników terapii zaburzeń nastroju;
- rozszerzenia wieku odbiorców działań edukacyjnych do wieku 11-18 lat w celu zapewnienia spójności z populacją objętą badaniami przesiewowymi;
- zaplanowania celu szczegółowego w programie w zakresie grupowych działań edukacyjnych skierowanych do wszystkich nastolatków biorących udział w programie, w skorygowanym zakresie wieku tj. 11-18 lat, zgodnie z uwagą powyżej;
- uzupełnienia opisu sposobów zakończenia udziału w programie;
- zaplanowania kosztów ewaluacji.

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.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Grębocice, zakładający przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej, szkolenia dla kadry pedagogicznej z zakresu zaburzeń depresyjnych, szkoleń dla rodziców i opiekunów prawnych, działań edukacyjnych dla młodzieży (w wieku 11-15 lat), badań przesiewowych oraz pomocy psychologicznej w formie terapii dla uczniów w wieku 11-18 lat borykającej się z problemem zaburzeń depresyjnych, która została zakwalifikowana do programu. Program ma być realizowany w latach 2026-2030. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na 250 500 zł. Program ma być finansowany z budżetu gminy Grębocice (przy ewentualnym dodatkowym dofinansowaniu Narodowego Funduszu Zdrowia).

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. 2025 poz. 1461 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

W ramach opisu problemu zdrowotnego przedstawiono definicję, przyczyny i objawy, a także czynniki wpływające na rozwój depresji. Oceniany projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Program jest zbieżny z celem Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2026: „promocja zdrowia psychicznego”, a także odnosi się do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, krajowe, regionalne i lokalne. Powołano się na dane WHO i m.in. wskazano, że na depresję zapada ok. 1% dzieci w wieku 2-5 lat i ok. 2% w wieku 6-12 lat, natomiast wśród nastolatków rozpowszechnienie tej choroby jest zbliżone do osób dorosłych i wynosi 20%. W projekcie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ) wskazując, że w 2024 r. w Polsce w opiece psychiatrycznej leczono ponad 279,5 tys. pacjentów poniżej 18 r. ż., z czego ponad 26,8 tys. stanowili mieszkańcy województwa dolnośląskiego. Podkreślono, że wskaźnik niepełnoletnich pacjentów leczonych w opiece psychiatrycznej z powodu zaburzeń nastroju w województwie był znacznie wyższy (290,97/100 tys.) od wskaźnika ogólnopolskiego (238,4/100 tys.). W analizowanym okresie zaburzenia nastroju dotyczyły głównie dziewcząt (76,8%) oraz chłopców w wieku 12-17 lat (97,2%). Zaznaczono, że w 2024 roku w placówkach I poziomu referencyjnego w województwie dolnośląskim leczono ponad 14,2 tys. osób małoletnich (2 919/100 tys. ludności), natomiast w powiecie polkowickim, na którego terenie leży Gmina Grębocice – 454 pacjentów (3 868/100 tys. ludności; 8 miejsce wśród powiatów województwa).

Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 jako rekomendowane kierunki działań dla województwa dolnośląskiego wskazują na zwiększenie dostępu do świadczeń ambulatoryjnych, leczenia środowiskowego, oddziałów dziennych oraz poradni leczenia uzależnień. Jako wyzwania systemu opieki zdrowotnej podkreślono konieczność przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych psychicznie i ich rodzin oraz zmniejszania liczby samobójstw i zmniejszenie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

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 kontekście działań edukacyjnych dla ww. populacji, 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 ww. testów, co należy uzupełnić.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- (1) „wykrycie co najmniej 5% spośród liczby nastolatków zakwalifikowanych do programu, u których stwierdzono występowanie objawów zaburzeń depresyjnych, a następnie skierowano na terapię zaburzeń nastroju”;
- (2) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70% kadry szkolnej uczestniczącej w programie”;
- (3) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70% rodziców/opiekunów prawnych 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.

Cel szczegółowy nr 1 wydaje się możliwy do zrealizowania biorąc pod uwagę zaplanowane w projekcie interwencje.

Cele szczegółowe nr 2 i nr 3 odnoszą się do utrzymania wysokiego poziomu wiedzy lub wzrostu wiedzy wśród przedstawicieli kadry pedagogicznej oraz rodziców/opiekunów prawnych i zostały zaplanowane prawidłowo. W ramach interwencji przewidziano przeprowadzenie pomiaru wzrostu nabytej wiedzy, a do projektu załączono wzory pre- i post-testów wiedzy dla uczestników ww. populacji, które nie budzą zastrzeżeń. Należy zaznaczyć, że podobnie jak w przypadku celu głównego, nie przedstawiono uzasadnienia dla wartości docelowych dla wskazanych celów szczegółowych.

Dodatkowo należy wskazać, że zaproponowane cele nie odnoszą się do wszystkich zaplanowanych w projekcie interwencji, tj. nie wskazano celu szczegółowego, który odnosi się do edukacji zdrowotnej nastolatków 11-15. lat

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (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 nastolatków biorących udział w badaniach przesiewowych w ramach programu, u których stwierdzono występowanie objawów zaburzeń depresyjnych i którzy zostali skierowani na terapię zaburzeń nastroju”;
- (3) „odsetek osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”;
- (4) „odsetek osób z grupy rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”.

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.

Przedstawione mierniki zostały zaplanowane prawidłowo i korespondują z zaproponowanymi w programie celami.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców do następujących populacji:

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

Program obejmie 560 osób z populacji młodzieży w wieku 11-15 lat w zakresie działań edukacyjnych oraz 750 nastolatków w wieku 11-18 lat w zakresie badań przesiewowych. Terapia zaburzeń nastroju została zaplanowana dla 100 osób z ww. populacji docelowej (20 osób rocznie). Działania edukacyjne obejmą również ok. 560 rodziców/opiekunów prawnych, natomiast szkolenia dedykowane są dla 100 przedstawicieli kadry pedagogicznej.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia.

Należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach NFZ, co zostało zaplanowane w projekcie w ramach kryteriów wyłączenia.

Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej, działań szkoleniowych z zakresu zaburzeń depresyjnych dla kadry pedagogicznej, działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych młodzieży, działań edukacyjnych dla młodzieży, badań przesiewowych oraz terapii zaburzeń nastroju dla młodzieży.

Kampania informacyjno-edukacyjna

Program przewiduje przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dla mieszkańców Gminy Grębocice. Realizacja odbędzie się za pomocą ulotek, plakatów i broszur oraz za pośrednictwem social mediów, postów na stronie internetowej Urzędu Gminy Grębocice, realizatora, placówek oświatowych, wybranych podmiotów leczniczych oraz publikacji w lokalnych mediach. Kampania będzie miała na celu podniesienie świadomości

populacji ogólnej nt. profilaktyki zaburzeń nastroju oraz przekazanie informacji o programie. Podkreślono także, że Gmina wykorzysta materiały edukacyjne opracowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia.

Szkolenie dla kadry pedagogicznej

Kolejną interwencją zaplanowaną w programie są szkolenia dla przedstawicieli grona pedagogicznego, prowadzone przez psychologa lub psychoterapeutę w formie online w wymiarze co najmniej 4 godzin edukacyjnych (1 szkolenie w pierwszym roku realizacji programu dla grupy max. 50-osobowej). Interwencja obejmie zagadnienia dot. czynników ryzyka występowania zaburzeń nastroju, ich specyfiki oraz następstw zdrowotnych, skuteczności działań zapobiegawczych, konsekwencji bagatelizowania objawów chorobowych i zaniedbań diagnostycznych. Podkreślono także, że zrealizowane szkolenie zostanie nagrane, aby w przyszłości mogło posłużyć większemu gronu odbiorców. W ramach szkoleń zaplanowano porównanie poziomu wiedzy kadry pedagogicznej za pomocą opracowanego przez realizatora programu pre-testu i post-testu wiedzy, uwzględniającego minimum 10 pytań zamkniętych.

Działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych młodzieży

Szkolenia realizowane będą w formie wykładów, trwających minimum 2 godziny lekcyjne, z zakresu profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży oraz skuteczności terapii psychologicznych i zostaną przeprowadzone przez psychoterapeutę, psychologa lub osobę uczestniczącą w szkoleniu dla kadry pedagogicznej w programie, będącą psychologiem/pedagogiem szkolnym. Zakres tematyczny ma obejmować: charakterystykę 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. W ramach edukacji również zaplanowano badanie poziomu wiedzy za pomocą opracowanego przez realizatora programu pre- i post-testu wiedzy.

Działania edukacyjne dla młodzieży

W ramach programu zaplanowano realizację dwóch wykładów dla uczniów klas IV-VIII szkoły podstawowej, które mają być prowadzone przez wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych, którzy przeszli szkolenia z zakresu zaburzeń depresyjnych w ramach programu podczas lekcji wychowawczej. Celem edukacji zdrowotnej dla nastolatków jest nabycie wiedzy na temat czynników ryzyka depresji, metod radzenia sobie z zaburzeniami nastroju, konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu obniżonego nastroju, czy innych trudności rozwojowych. Zgodnie z informacjami zawartymi w projekcie wskazano, że podczas całego czasu trwania programu zaplanowano 50 spotkań informacyjno-edukacyjnych (5 klas x 2 spotkania/rok x 5 lat) dla młodzieży. Należy wskazać, że w ramach edukacji zaplanowano przeprowadzenia pre- i post-testu wiedzy w populacji młodzieży, jednak do projektu nie dołączono wzoru testu, co należy uzupełnić. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na fakt, że zakres wieku populacji docelowej działań edukacyjnych (11-15 lat) jest węższy niż w przypadku populacji docelowej dla badań przesiewowych (11-18 lat), w związku z czym nie obejmie części populacji docelowej programu tj. młodzieży w wieku 16-18 lat. Należy zweryfikować treść projektu w tym zakresie i zaplanować udział w edukacji dla całej grupy 11-18 lat.

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe zaplanowano dla 750 uczniów w wieku 11-18 lat zamieszkujących na terenie Gminy Grębocice. Przeprowadzone zostaną przez psychologa/pedagoga szkolnego z użyciem kwestionariusza przesiewowego oceniającego objawy depresyjne (kwestionariusza CDI 2). O zastosowaniu konkretnego testu przesiewowego w programie zdecyduje realizator. Wynik testu będzie kwalifikował do kolejnej interwencji tj. terapii zaburzeń nastroju. Ponadto, wskazano, że badania przesiewowe odbywać się będą w warunkach z poszanowaniem prywatności i intymności dla każdego z uczestników.

Terapia zaburzeń nastroju

Uczestnicy, którzy w badaniach przesiewowych uzyskają wynik pozytywny, zostaną zakwalifikowani do interwencji terapeutycznej. Sesje terapeutyczne prowadzone będą przez psychologa lub psychoterapeutę i obejmować będą 50-minutowe wizyty, raz w tygodniu przez kolejnych 10 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, wstępna ocena sytuacji klinicznej pacjenta celem weryfikacji wyników badania przesiewowego oraz ocena funkcjonowania psychologicznego (na podstawie testu depresji, np. Inwentarza Depresji Becka) i ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych.

W treści projektu wskazano na możliwość przeprowadzenia następujących terapii indywidualnych: 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 oraz psychoterapia integracyjna.

Podczas wizyty końcowej specjalista dokona kompleksowego podsumowania cyklu terapeutycznego udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu, a także przekaze pacjentowi post-test oceniający poziom wiedzy dot. zrozumienia problemu zdrowotnego oraz umiejętności radzenia sobie z nim. Ponadto specjalista poinformuje rodziców lub opiekunów prawnych o konieczności i możliwościach wykonania badań uzupełniających oraz o ewentualnych dalszych działaniach terapeutycznych realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych w ramach NFZ – w przypadku zdiagnozowania zaburzeń psychicznych wykraczających poza zakres programu. Na wizycie końcowej specjalista sporządzi krótką notatkę informacyjną dla lekarza rodzinnego.

Oceniany projekt programu zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS oraz z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W programie będącym przedmiotem niniejszego raportu planuje się także działania szkoleniowe skierowane do rodziców/opiekunów prawnych nastolatków oraz szkolenia kadry pedagogicznej, co stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

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. Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży znajdują odzwierciedlenie w większości odnalezionych wytycznych. Rekomendacje wskazują również na zapewnienie powszechnego dostępu do interwencji zapobiegających i ograniczających zaburzenia psychiczne.

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 programu została zaplanowana na podstawie analizy wskaźników: „liczby osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych”, „liczby osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych”, „liczby osób zakwalifikowanych do programu”, „liczby nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji”, „liczby rodziców/opiekunów prawnych

nastolatków, którym umożliwiono odtworzenie wykładu online”, „liczby osób, które wzięły udział w szkoleniu dla kadry szkolnej”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Przedstawione w projekcie wskaźniki monitorowania zostały prawidłowo sformułowane. Należałoby je uzupełnić o „liczbę osób, które zgłosiły się do udziału w programie”.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie corocznej analizy wyników ankiety satysfakcji oraz bieżącej analizy pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu. Do projektu załączono wzory ww. ankiet, które nie wzbudziły zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wskaźników ewaluacyjnych, takich jak: „odsetek nastolatków uczestniczących w sesjach terapeutycznych, u których w postępie 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”, „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” oraz „odsetek osób z kadry szkolnej, u których w postępie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co również zostało podkreślone w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w PPZ, sposób informowania o możliwości przystąpienia do udziału w programie oraz monitorowanie i ewaluację. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Należy jednak wskazać, że w projekcie nie przedstawiono w jaki sposób odbędzie się zakończenie udziału w programie np. po odbyciu przez uczestnika wszystkich interwencji.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania. W projekcie podkreślono, że działania informacyjne prowadzone będą poza finansowaniem ze środków Gminy Grębocice w ramach zajęć szkolnych z kadra szkolną, która weźmie udział w działaniach szkoleniowych. W kontekście monitorowania wskazano, że odbędzie się w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Grębocice. Należy jednak wskazać, że w programie nie uwzględniono kosztów przeprowadzenia ewaluacji.

Koszt całkowity programu oszacowany został na 250 500 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków własnych Gminy Grębocice. Zaznaczono także, że jednocześnie dopuszcza się możliwość ubiegania o środki z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego i/lub Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 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 medycznych

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Badania przesiewowe w kierunku depresji u dzieci i młodzieży

- Amerykańskie towarzystwo U.S. Preventive Services Task Force zaleca realizację badań przesiewowych w kierunku tzw. dużej depresji (MDD, ang. major depressive disorder) u młodzieży w wieku od 12 do 18 lat. Jednocześnie wskazuje, że obecnie dostępne dowody nie są wystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku MDD u dzieci w wieku 11 lat i młodszych (USPSTF 2022a).
- Podobnie brytyjskie towarzystwo NICE zaleca, aby u dzieci i młodzieży powyżej 11 r.ż., bez rozpoznanej depresji, skierowanych do placówek opieki zdrowotnej udzielającej świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, w ramach ogólnej diagnostyki przeprowadzać rutynowe badania przesiewowe w kierunku depresji w oparciu o kwestionariusze (NICE 2019).
- Kanadyjskie Towarzystwo Pediatryczne zwraca uwagę, iż każda wizyta zdrowego dziecka w placówce POZ jest okazją do omówienia obaw rodziców, dotyczących rozwoju dziecka

i przeprowadzenia obserwacji pod kątem zdrowia psychicznego (np. poprzez regularne badania przesiewowe w kierunku pojawiających się problemów ze zdrowiem psychicznym) (CPS 2023).

- W ramach rutynowych badań dzieci i młodzieży należy zwracać uwagę na obecność czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń depresyjnych: genetycznych (przypadki depresji w rodzinie), osobniczych (m.in. wiek, płeć, tożsamość płciowa, orientacja seksualna) czy psychospołecznych (np. molestowanie seksualne lub zaniedbywanie w dzieciństwie, wystąpienie traumatycznych wydarzeń, znęcanie się, wczesne narażenie na stres, maltretowanie lub niepewność w relacji z rodzicami) (CPS 2023, USPSTF 2022a, NICE 2019, MZ 2019).
- Zaleca się, aby w ramach oceny czynników ryzyka depresji u dzieci i młodzieży, korzystać z wystandaryzowanych kwestionariuszy, wśród których wymienia się: skalę depresji Kutchera dla młodzieży (ang. Kutcher Adolescent Depression Scale), zestaw kwestionariuszy do diagnozy depresji u dzieci i młodzieży CDI 2 (ang. Children Depression Inventory 2, normy polskie opracowane dla populacji w wieku od 7 do 18 lat) (MZ 2019), 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).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- 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).

Podsumowanie opinii 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.

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. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.431.39.2025 „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030”; data ukończenia: styczeń 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 14/2026 z dnia 2 lutego 2026 roku o projekcie programu „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030”.