



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 45/2026 z dnia 18 czerwca 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń
depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa
mazowieckiego”**

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej (PPZ) dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim są zaburzenia depresyjne w populacji osób starszych. Projekt zakłada przeprowadzenie wśród mieszkańców powyżej 60 r.ż. badań przesiewowych w kierunku depresji oraz edukacji zdrowotnej, a następnie wśród wyłonionej populacji z podejrzeniem zaburzeń depresyjnych – konsultacji diagnostycznej z psychologiem. W dalszej kolejności, w zależności od wyników uzyskanych przez uczestników, zaplanowano skierowanie ich na pogłębioną diagnostykę w ramach konsultacji z lekarzem psychiatrą lub bezpośrednio na sesje terapeutyczne. Chętni uczestnicy będą mieli również możliwość udziału w spotkaniach grupy wsparcia. Ponadto, w projekcie zaplanowano przeprowadzenie szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), geriatrów i innych osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi. Zaplanowane w projekcie interwencje w większości znajdują odzwierciedlenie w wytycznych i/lub odnalezionych badaniach naukowych. Warto wskazać, że w projekcie uwzględniono interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, natomiast działania edukacyjne skierowane do uczestników oraz szkolenia dla lekarzy POZ, geriatrów i innych osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi stanowią wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dodatkowo, w projekcie zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń na podstawie odpowiednich kryteriów włączenia i wyłączenia z udziału w PPZ.

Należy zaznaczyć, że Agencja opiniowała podobny PPZ przesłany przez Województwo Mazowieckie, tj. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego”, który otrzymał warunkowo pozytywną opinię Prezesa Agencji nr 30/2023 z dnia 18 lipca 2023 r. Warto podkreślić, że w projekcie PPZ będącym przedmiotem niniejszej opinii uwzględniono większość uwag z ww. opinii (nr 30/2023). Należy jednak zaznaczyć, że do Agencji nie wpłynął raport końcowy z realizacji poprzedniego PPZ, którego realizację zaplanowano na lata 2023-2025.

Celem zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii dotyczące konieczności:

- przeformułowania celów dotyczących poziomu wiedzy uczestników oraz odpowiadających im mierników efektywności,

- oszacowania liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ w ramach II grupy docelowej,
- weryfikacji sposobu oszacowania liczebności populacji docelowej w grupie I,
- modyfikacji testu oceniającego poziom wiedzy skierowanego do I grupy docelowej,
- doprecyzowania zapisów dotyczących konsultacji z lekarzem psychiatrą,
- doprecyzowania zapisów dotyczących liczby możliwych ponownych skierowań na cykl sesji terapeutycznych,
- wyodrębnienia wskaźników monitorowania i ewaluacji,
- doprecyzowania i przeformułowania części wskaźników przedstawionych w ramach wzoru sprawozdania (załącznik D do projektu PPZ),
- uwzględnienia porównania stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu w stosunku do wszystkich wskaźników ewaluacji,
- uzupełnienia kosztów jednostkowych o koszty działań organizacyjnych i administracyjnych,
- weryfikacji sposobu oszacowania kosztów całkowitych (w związku z założoną liczebnością populacji docelowej).

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Województwo Mazowieckie. Program skierowany jest do mieszkańców województwa powyżej 60 r.ż. (grupa I) oraz do lekarzy POZ i geriatrów, a także osób sprawujących zawodowo opiekę nad osobami starszymi (grupa II). W ramach programu w grupie I zaplanowano przeprowadzenie: kwalifikacji do programu połączonej z edukacją zdrowotną i badaniem przesiewowym, konsultacji diagnostycznej z psychologiem, konsultacji z lekarzem psychiatrą, cyklu sesji terapeutycznych, podsumowania terapii z psychologiem oraz możliwości uczestnictwa w grupie wsparcia. Natomiast w grupie II zaplanowano przeprowadzenie szkoleń. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 3 000 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Województwa Mazowieckiego.

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

Oceniany projekt programu dotyczy problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia depresyjne u osób starszych. Przedstawiono definicję zaburzeń depresyjnych i scharakteryzowano klasyfikację ICD-10, ICD-11 oraz Kryteria Diagnostyczne DSM-5 w kontekście diagnozowania zaburzeń depresyjnych. W opisie problemu zdrowotnego wymieniono także psychogenne, biologiczne, somatogenne oraz środowiskowe czynniki ryzyka depresji, które są charakterystyczne dla grupy pacjentów w podeszłym wieku. Wskazano także, że leczenie depresji u osób starszych powinno obejmować psychoterapię, farmakoterapię, lub skojarzenia obu tych metod.

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. W projekcie przedstawiono światowe, europejskie, ogólnopolskie oraz regionalne dane.

W odniesieniu do sytuacji ogólnopolskiej przytoczono dane Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), zgodnie z którymi „w 2024 roku świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji udzielono ponad 878 tys. pacjentom. Od 2019 roku obserwowany jest znaczący wzrost liczby udzielanych świadczeń pacjentom z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji. W tym okresie świadczenia najczęściej były udzielane pacjentom w wieku 65-74 lata. Udział pacjentów w grupach wiekowych od 18 do 64 lat malał (z 74,1% w roku 2013 do 63,5% w roku 2024 – spadek o 10,6 pp.), natomiast w grupach poniżej 18 r.ż. oraz powyżej 65 r.ż. wzrósł. Największe spadki dotyczyły osób w wieku 45–64 lat (z 46,5% w 2013 r. do 34,6% w 2024 r. – spadek o 11,9 pp.). Wzrost w grupie wiekowej 65+ wyniósł 8,1 pp., a poniżej 18 r.ż. 2,5 pp.”.

W kontekście danych regionalnych powołano się na Mapę Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 (dane z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych – BASiW) wskazując, że „w województwie mazowieckim w 2024 r. z diagnozą zaburzenia depresyjnego nawracającego oraz epizodu było 14 252 osób po 60 roku życia”. Przytoczono również wyniki badania PolSenior2 wskazując m.in., że problem depresji może dotyczyć około 2 milionów mieszkańców Polski powyżej 60 r.ż. Na podstawie badania PolSenior2 wskazano również, że „uwzględniając dane dotyczące liczby mieszkańców Polski powyżej 60 roku życia (2021 r. – 9 828 753 osoby) oraz liczbę mieszkańców województwa mazowieckiego w ww. grupie wiekowej (2021 r. – 1 359 704 osób) problem depresji może dotyczyć około 280 tys. mieszkańców Mazowsza powyżej 60 roku życia”.

W MPZ na lata 2022-2026 w kontekście wyzwań dla systemu opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim w odniesieniu do realizacji świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej u osób dorosłych wskazano m.in. na „ograniczony w województwie dostęp do zespołów leczenia środowiskowego” oraz „małą liczbę lekarzy psychiatrów”. Natomiast rekomendowanym kierunkiem działań w tym zakresie jest: „zapewnienie równomiernego, adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń ambulatoryjnych, leczenia środowiskowego i oddziałów dziennych blisko miejsca zamieszkania pacjenta (zapewnienie kompleksowości tych świadczeń na poziomie powiatu), co wpłynie na wzrost liczby osób korzystających z tych form opieki, a tym samym zmniejszenie liczby świadczeń stacjonarnych. Wskazane jest sukcesywne zwiększanie liczby ośrodków opieki środowiskowej, szczególnie w obszarach pozawielkomiejskich. Tworzenie Oddziałów dziennych przede wszystkim w południowej i wschodniej części województwa” oraz „zwiększenie liczby psychiatrów do wartości rekomendowanej”.

W najnowszej edycji MPZ na lata 2027-2031 wśród wyzwań dla systemu opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie mazowieckim wskazano m.in.: „zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne” oraz „utrzymanie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży”. Jako rekomendowane kierunki działań w ww. kwestiach wskazano: „utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ” oraz „wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe”.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym założeniem projektu programu jest „zwiększenie lub utrzymanie poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych u minimum 50% uczestników edukacji zdrowotnej spośród wszystkich uczestników programu w latach 2026-2028”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Zwiększenie lub utrzymanie poziomu wiedzy uczestników wydaje się możliwe do realizacji poprzez zaplanowane w projekcie działania edukacyjne. Cel główny przedstawiony w projekcie budzi jednak zastrzeżenia w zakresie sposobu interpretacji poziomu jego osiągnięcia i wymaga przeformułowania. W przedstawionym celu głównym wskazano jedynie na „zwiększenie lub utrzymanie poziomu wiedzy”. Jak uściślono w projekcie: „wynik o co najmniej jeden punkt więcej w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście poziomu wiedzy uczestnika programu”, „wynik o taki sam otrzymany w ponownym badaniu wiedzy świadczy o utrzymaniu poziomu wiedzy uczestnika programu”, natomiast „wynik o co najmniej jeden punkt mniej w ponownym badaniu wiedzy świadczy o spadku poziomu wiedzy uczestnika programu”. Powyższe zapisy wskazują, że nawet w przypadku bardzo niskiego poziomu wiedzy uczestników (np. tylko jednej prawidłowej odpowiedzi), w sytuacji, gdy w post-teście uczestnik ponownie uzyska taki sam niski wynik lub zaledwie o jeden punkt więcej, cel zostanie uznany za osiągnięty. Należy 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. 75% poprawnych odpowiedzi). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%).

Biorąc pod uwagę powyższe, prawidłowo sformułowany cel w zakresie wiedzy uczestników przedmiotowego PPZ mógłby dotyczyć: utrzymania na wysokim poziomie* lub zwiększenia o minimum 30% poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych u minimum 50% uczestników edukacji zdrowotnej spośród wszystkich uczestników programu w latach 2026-2028 (*wysoki poziom wiedzy zdefiniowany jako np. 75% poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy).

W projekcie zaplanowano pomiar poziomu wiedzy uczestników z obu grup docelowych, co jest działaniem prawidłowym. Do projektu załączono również wzory obu testów. Test skierowany do grupy I (załącznik E) budzi drobne zastrzeżenia i wymaga modyfikacji – w jednym z pytań warianty odpowiedzi sugerują prawidłową odpowiedź (Pytanie nr 4: „Psychiatra: A) Nie jest lekarzem; B) Jest osobą czytającą w myślach; C) Jest lekarzem specjalizującym się w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych; D) To osoba po kursie „leczenia” nadprzyrodzonymi zdolnościami”. Natomiast test skierowany do grupy II (załącznik F) nie budzi zastrzeżeń.

W projekcie przedstawiono uzasadnienie dla przyjętej wartości docelowej celu głównego, które nie budzi zastrzeżeń.

W projekcie zaproponowano również 3 cele szczegółowe, tj.:

- (1) „zwiększenie lub utrzymanie u minimum 40% uczestników edukacji zdrowotnej spośród I grupy docelowej, tj. osób po 60 roku życia, poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych w latach 2026-2028”,
- (2) „zwiększenie lub utrzymanie u minimum 60% uczestników szkoleń spośród II grupy docelowej, tj. – lekarze POZ, lekarze geriatrzy oraz opiekunowie osób starszych, poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych w latach 2026-2028”,
- (3) „zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych u co najmniej 30% uczestników, którzy zakończyli proces terapeutyczny w okresie realizacji programu”.

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, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele szczegółowe nr 1 oraz 2 również odnoszą się do wiedzy uczestników (cel szczegółowy nr 1 – grupy I, cel szczegółowy nr 2 – grupy II) i stanowią rozwinięcie celu głównego. Analogicznie jak w przypadku celu głównego – zastrzeżenia budzi sposób interpretacji poziomu ich osiągnięcia i wymagają przeformułowania.

Cel szczegółowy nr 3 dotyczy zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych u uczestników i wydaje się możliwy do realizacji poprzez zaplanowane w projekcie działania terapeutyczne. Zaplanowano również dwukrotny pomiar natężenia objawów depresyjnych (przed rozpoczęciem cyklu sesji terapeutycznych i po jego zakończeniu) przy pomocy kwestionariusza BDI-II (Inwentarza Depresji Becka), co jest działaniem prawidłowym.

W projekcie przedstawiono uzasadnienia dla wartości docelowych celów szczegółowych, które nie budzą zastrzeżeń.

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.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „iloraz liczby osób, u których utrzymał się lub wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i wszystkich uczestników, którzy uczestniczyli w edukacji zdrowotnej – wynik wyrażony w procentach”,
- (2) „iloraz liczby osób, u których utrzymał się lub wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej z I grupy docelowej – wynik wyrażony w procentach”,
- (3) „iloraz liczby osób, u których utrzymał się lub wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób uczestniczących w szkoleniu z II grupy docelowej – wynik wyrażony w procentach”,
- (4) „iloraz liczby uczestników, u których odnotowano zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych i liczby uczestników, którzy zakończyli cykl sesji terapeutycznych – wynik wyrażony w procentach”.

Mierniki nr 1, 2 oraz 3 odnoszą się kolejno do celu głównego, celu szczegółowego nr 1 oraz celu szczegółowego nr 2, jednak podobnie jak w przypadku odpowiadających im celów wymagają modyfikacji.

Miernik nr 4 odnosi się do celu szczegółowego nr 3 i nie budzi zastrzeżeń.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do dwóch grup docelowych. Grupę I stanowić będą mieszkańcy województwa mazowieckiego powyżej 60 r.ż., natomiast grupę II – lekarze POZ i lekarze geriatry zatrudnieni w placówkach lub wykonywujący zawód na terenie województwa mazowieckiego oraz osoby sprawujące opiekę nad osobami starszymi zatrudnione w województwie mazowieckim (m.in. pracownicy domów i ośrodków pomocy społecznej, pielęgniarzy środowiskowe, pracownicy zakładów opiekuńczo-leczniczych, zawodowi opiekunowie osób starszych oraz pracownicy innych instytucji wspierających osoby starsze).

W projekcie odniesiono się do szacunków w zakresie liczby osób kwalifikujących się do udziału w PPZ. W odniesieniu do grupy I wskazano, że zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2024 r. w województwie mazowieckim mieszkało 1 370 300 osób powyżej 60 r.ż. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone do danych zamieszczonych

na stronie internetowej GUS. W odniesieniu do grupy II, powołując się na dane Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wskazano, że w 2025 r. w Polsce zawód lekarza medycyny rodzinnej wykonywało 12 283 osób, zawód lekarza geriatry – 594 osoby, natomiast liczba zatrudnionych pielęgniarek wynosiła 274 278 osób. Należy jednak zauważyć, że ww. dane przytoczone w projekcie dotyczą całego kraju, a nie woj. mazowieckiego. Ponadto dotyczą jedynie wybranych zawodów spełniających kryteria kwalifikacji do II grupy. Mając na uwadze powyższe należy wskazać, że w projekcie nie przedstawiono poprawnego oszacowania liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ w ramach II grupy docelowej, co wymaga uzupełnienia.

Natomiast w kwestii liczebności populacji, która zostanie objęta działaniami w ramach PPZ w projekcie wskazano, że biorąc pod uwagę budżet programu (3 mln zł, z czego 94% środków na realizację interwencji w grupie I oraz 6% w grupie II), w przypadku grupy I – 1 940 uczestników zostanie objętych badaniami przesiewowymi w kierunku depresji, pre- i post-testem wiedzy oraz edukacją zdrowotną. Następnie powołano się na dane epidemiologiczne, zgodnie z którymi „w badaniu przesiewowym wynik od 6 do 15 punktów w teście GDS (Geriatryczna Skala Depresji) może uzyskać około 20% uczestników programu z I grupy” i wskazano, że w związku z powyższym, pełnym pakietem świadczeń (obejmującym dodatkowo konsultację diagnostyczną z psychologiem, konsultację z lekarzem, sesje terapeutyczne, podsumowanie terapii oraz grupę wsparcia) objętych zostanie 388 osób z I grupy. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że powyższe zapisy dotyczące liczebności populacji docelowej nie są spójne z dalszą częścią projektu. W opisie interwencji zawartym w projekcie wskazano, że również na etapie konsultacji diagnostycznej z psychologiem część uczestników zostanie wyłączona z dalszego udziału w PPZ (w związku z uzyskaniem wyników kwestionariusza BDI-II nie wskazujących na obecność objawów depresyjnych wymagających dalszej interwencji). Kwestia ta nie została uwzględniona w szacunkach dotyczących liczebności populacji docelowej, co wymaga weryfikacji i doprecyzowania. W przypadku grupy II, zaplanowano objęcie szkoleniami ok. 931 osób.

W projekcie zaplanowano prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia z programu dla obu grup docelowych. Zabezpieczono również ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy dot. kryteriów włączenia do grupy I tj. konieczności przedłożenia oświadczenia o nieuczestniczeniu w innym programie o podobnym charakterze, finansowanym ze środków publicznych oraz niekorzystaniu w momencie aplikowania do PPZ ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych (np. NFZ), a także oświadczenia o braku obecnego uczestnictwa w leczeniu psychiatrycznym z powodu innego zaburzenia psychicznego i oświadczenia o braku wcześniejszego uczestnictwa w PPZ lub zakończenie uczestnictwa minimum 6 miesięcy wcześniej.

Interwencja

W ramach realizacji PPZ zaplanowano przeprowadzenie w grupie I: kwalifikacji do programu połączonej z edukacją zdrowotną i badaniem przesiewowym, konsultacji diagnostycznej z psychologiem, konsultacji z lekarzem psychiatrą, cyklu sesji terapeutycznych, podsumowania terapii z psychologiem oraz możliwości uczestnictwa w grupie wsparcia. Natomiast w grupie II zaplanowano przeprowadzenie szkoleń.

Kwalifikacja do programu

Zgodnie z treścią projektu w ramach kwalifikacji do programu nastąpi weryfikacja spełnienia kryteriów włączenia oraz wypełnienia przez uczestnika pre-testu wiedzy. Wśród uczestników, którzy spełnią kryteria włączenia przeprowadzona zostanie edukacja zdrowotna z zakresu profilaktyki depresji.

Edukacja zdrowotna

W projekcie wskazano, że spotkania z uczestnikami prowadzone będą indywidualnie, jednak dopuszcza się możliwość udziału w nich również członka rodziny lub bliskiej osoby uczestnika (w ramach kosztów edukacji uczestnika programu i bez wypełniania pre- i post-testu wiedzy).

Tematyka działań edukacyjnych dotyczyć ma objawów depresji (w tym specyfiki obrazu klinicznego depresji u osób starszych), zasad profilaktyki depresji oraz higieny psychicznej, roli aktywności fizycznej oraz aktywności społecznej w profilaktyce zaburzeń psychicznych, rozpoznawania objawów nadmiernego stresu oraz technik jego redukcji. Ponadto uczestnikom przedstawione zostaną informacje, gdzie można zwrócić się o pomoc w przypadku dostrzeżenia u siebie objawów depresji. Podczas edukacji zdrowotnej realizator będzie zobowiązany do zapewnienia możliwości zadawania pytań przez uczestnika, dotyczących poruszanych kwestii. Po przeprowadzeniu działań edukacyjnych uczestnicy zostaną poproszeni o wypełnienie post-testu oceniającego poziom wiedzy.

Jak wskazano w projekcie, każde spotkanie edukacyjne będzie trwało od 45 do 60 minut (w tym czasie oprócz edukacji przeprowadzony musi zostać również post-test oraz badanie przesiewowe) mi będzie mogło być realizowane stacjonarnie lub (za zgodą uczestnika) z zastosowaniem narzędzi teleinformatycznych. Podkreślono, że ww. narzędzie teleinformatyczne będzie musiało umożliwiać interakcję pomiędzy prowadzącym a uczestnikiem, przeprowadzenie testów wiedzy oraz ankiety satysfakcji. Wskazano również, że czas, miejsce i forma przeprowadzenia edukacji będzie ustalana indywidualnie z uczestnikiem.

Realizacja działań edukacyjnych w populacji osób starszych znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych rekomendacjach. Ww. populacji zaleca się przeprowadzenie działań edukacyjnych zakrojonych na szeroką skalę (kierowanych do ogółu społeczeństwa, osób zagrożonych, ich rodzin, opiekunów, personelu medycznego) ułatwiających wczesne rozpoznawanie objawów zaburzeń depresyjnych (IPIŃ 2018), a także działań skoncentrowanych na zapobieganiu wystąpienia depresji i samobójstw (CCSMH 2021). Zaleca się przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej przybliżającej problematykę depresji wieku podeszłego oraz podjęcie działań mających na celu ograniczenie środowiskowych czynników ryzyka wystąpienia depresji wieku podeszłego (IPIŃ 2018). Zaleca się również, żeby klinicyści zachęcali pacjentów o niskim poziomie aktywności fizycznej do jego zwiększenia – wyższy poziom aktywności fizycznej jest związany z mniejszym prawdopodobieństwem rozwoju depresji w przyszłości. Zależność ta jest spójna we wszystkich grupach wiekowych, w tym w populacji osób starszych. W rekomendacjach podkreślono także, że rodziny osób starszych z depresją powinny otrzymać informację na temat pierwszych oznak i symptomów depresji, postaw i zachowań charakterystycznych dla osób z depresją oraz ich własnych reakcji na nie, strategii radzenia sobie z depresją oraz dostępnych opcji leczenia i korzyści z nich płynących (CCSMH 2021).

Badania przesiewowe

W ramach opisanych wyżej spotkań, u każdego uczestnika z I grupy przeprowadzone zostanie również badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń depresyjnych z wykorzystaniem 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (GDS, *Geriatric Depression Scale*).

W projekcie podkreślono, że przed przeprowadzaniem badania realizator powinien zaznaczyć, że odpowiedzi powinny dotyczyć samopoczucia w okresie ostatnich dwóch tygodni. Opisano również dopuszczalne formy realizacji badania przesiewowego. Wskazano, że test będzie mógł być wykonany zarówno w formie „papier-ołówek”, jak również w formie e-badania. Osoba przeprowadzająca badanie przesiewowe zobowiązana będzie do analizy odpowiedzi udzielonych przez uczestników najszybciej jak to możliwe, jednak w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia przeprowadzenia badania.

Do udziału w kolejnych interwencjach włączone zostaną jedynie osoby, które w GDS uzyskają ≥ 6 punktów.

Realizacja badań przesiewowych wśród osób starszych również znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych. W rekomendacjach Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wskazano, że: obecność objawów depresyjnych powinna być rutynowo oceniana u każdego starszego pacjenta zgłaszającego się na pierwszą wizytę do POZ i poradni geriatrycznej. Zaleca się również przeprowadzenie badania skriningowego w kierunku depresji

u każdej osoby starszej w trakcie hospitalizacji w oddziałach geriatrycznych i internistycznych; lekarze POZ i poradni geriatrycznych oraz pielęgniarki środowiskowe powinni rutynowo robić test w kierunku symptomów depresji u każdego pacjenta w podeszłym wieku po nagłym pogorszeniu stanu zdrowia lub utracie bliskiej osoby (IPiN 2018). W rekomendacjach przedstawionych przez *US Preventive Services Task Force* również wskazano, że zaleca się badania przesiewowe w kierunku dużego zaburzenia depresyjnego, w populacji osób dorosłych, w tym osób starszych (65+). Natomiast w celu osiągnięcia korzyści z badań przesiewowych w kierunku depresji i zmniejszenia rozbieżności w zachorowalności na depresję, ważne jest, aby osoby z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego były dalej oceniane pod kątem dalszej diagnozy i jeśli to konieczne, żeby zostały skierowane na odpowiednie leczenie bazujące na dowodach naukowych. Wskazano także, że w przypadku osób starszych istnieją wystarczające dowody na to, że programy realizujące badania przesiewowe w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (lub realizowane w porównywalnych warunkach) są związane z poprawą zdrowia (przynoszą umiarkowane wielkości korzyści zdrowotne) (USPSTF 2023).

GDS w odnalezionych rekomendacjach wskazywane jest jako jedno z zalecanych narzędzi przesiewowych w kierunku depresji u osób starszych bez istotnego upośledzenia funkcji poznawczej (USPSTF 2023, CCSMH 2021, IPiN 2018).

Metaanaliza 31 dobrze zaprojektowanych badań o różnej metodologii (Park 2021) potwierdziła trafność predykcyjną skali GDS-15, wykorzystywanej w ocenie objawów depresji u starszych dorosłych w wieku powyżej 65 lat. We wszystkich analizach GDS-15 wykazała spójną, umiarkowaną wartość predykcyjną AUC sROC wynoszącą $\geq 0,8$. Skala GDS-15 okazała się stabilnym i dokładnym narzędziem do wykrywania depresji u osób starszych bez upośledzenia funkcji poznawczych. Również wyniki przeglądu systematycznego 53 badań (Krishnamoorthy 2020) dotyczącego trafności różnych wariantów GDS w wykrywaniu depresji u osób >60 r.ż. wskazują, że czułość i swoistość skali GDS-30 wynosi odpowiednio 82% i 76% przy dokładności diagnostycznej (AUC) wynoszącej 0,85. Jeśli chodzi o skalę GDS-15, jej czułość i swoistość oszacowano na poziomie odpowiednio 86% i 79% przy nieco wyższej dokładności diagnostycznej w porównaniu z innymi skalami (AUC=0,90).

Konsultacja diagnostyczna z psychologiem

Zakwalifikowani na podstawie badania przesiewowego uczestnicy, skierowani zostaną na konsultację diagnostyczną z psychologiem. W ramach konsultacji przeprowadzony zostanie wywiad, obserwacja oraz ocena objawów depresji z wykorzystaniem wystandaryzowanego kwestionariusza – Inwentarza Depresji Becka (BDI-II).

Jak wskazano w projekcie, wypełnienie BDI-II przez wszystkich uczestników, niezależnie od posiadanej dokumentacji medycznej, jest zasadne ze względu na fakt, że ocena dotyczy nasilenia objawów depresyjnych w okresie ostatnich dwóch tygodni, co pozwoli to na uzyskanie aktualnej, porównywalnej oceny stanu psychicznego uczestnika oraz monitorowanie efektów podejmowanych w ramach programu interwencji. Przed przystąpieniem do badania, z uczestnikiem przeprowadzona zostanie rozmowa poprzedzająca, mająca na celu przygotowanie go do badania.

Zgodnie z treścią projektu, na podstawie wyników uzyskanych w trakcie konsultacji psychologicznej (wynik BDI-II, wywiad psychologiczny oraz obserwacja) psycholog podejmie decyzję dotyczącą dalszego postępowania z uczestnikiem. W projekcie przedstawiono trzy warianty dalszego postępowania: (I) „zakończenie udziału w programie, w przypadku, gdy przeprowadzona analiza wyników nie wskazuje na obecność objawów depresyjnych wymagających dalszej interwencji”, (II) „zalecenie do konsultacji z lekarzem, w sytuacji, gdy uzyskane wyniki, wywiad lub obserwacja są niejednoznaczne i wymagają pogłębionej diagnostyki lekarskiej”, (III) „zalecenie do udziału w sesjach terapeutycznych, w przypadku, gdy przeprowadzona ocena wskazuje na zasadność podjęcia działań terapeutycznych”.

Konsultacja z lekarzem psychiatrą

Uczestnicy, którzy otrzymają od psychologa zalecenie do konsultacji z lekarzem, zostaną skierowani na wizytę u lekarza specjalisty psychiatrii. Zgodnie z treścią projektu, podczas konsultacji, specjalista przeprowadzi z uczestnikiem pogłębiony wywiad, podczas którego postawi diagnozę lub zaleci dalsze badania z zastosowaniem wystandaryzowanych klinicznych narzędzi oceny stanu psychicznego. W sytuacji wydania zaleceń co do dalszych badań, lekarz będzie zobowiązany do wskazania uczestnikom programu podmiotów/jednostek, w których będą mogli uzyskać dalszą pomoc w zakresie leczenia depresji (poza programem).

W projekcie wskazano, że „w sytuacji, gdy specjalista podczas konsultacji z uczestnikiem, który uzyskał negatywny wynik w badaniu przesiewowym stwierdzi u danej osoby objawy depresji i/lub prawdopodobieństwo otrzymania fałszywie negatywnego wyniku przesiewowego może skierować uczestnika na sesje terapeutyczne”. Należy zauważyć, że zapis ten jest niejasny i niespójny z wcześniejszymi zapisami, zgodnie z którymi uczestnictwo m.in. w konsultacjach z lekarzem psychiatrą ma być warunkowane wynikiem badania przesiewowego (GDS $\geq$ 6 pkt). Mając na uwadze powyższe, osoby z „negatywnym wynikiem” badania przesiewowego nie będą uczestniczyć w konsultacjach. Kwestia ta wymaga doprecyzowania.

Sesje terapeutyczne

W ramach leczenia stwierdzonych u uczestników zaburzeń depresyjnych, w ramach programu zaplanowano sesje terapeutyczne z wykorzystaniem indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej (CBT, *cognitive-behavioural therapy*).

W projekcie wskazano, że pierwsza sesja terapeutyczna powinna odbyć się nie później niż 30 dni kalendarzowych od spotkania ze specjalistą, który skierował na nią uczestnika. Przewidziano przeprowadzenie maksymalnie 15 sesji terapeutycznych, w zależności od wytycznych specjalisty. Zaznaczono, że w sytuacji, gdy specjalista zaleci mniejszą liczbę spotkań, a liczba ta nie będzie wystarczająca, osoba przeprowadzająca sesje terapeutyczne może zwiększyć liczbę spotkań zachowując ich maksymalny limit (tj. 15 spotkań). Zgodnie z treścią projektu, jedna sesja terapeutyczna powinna trwać od 45 do 60 minut. Podkreślono, że wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie będzie dodatkowo finansowane, a sesje powinny odbywać się raz w tygodniu.

W odnalezionych wytycznych kanadyjskich wskazuje się, że w CBT jest jedną z najbardziej skutecznych, opartych o dowody naukowe, psychoterapii w przypadku osób starszych. W rekomendacjach podkreślono, że psychoterapia i/lub postępowanie psychospołeczne powinny być dostępne dla osób starszych z depresją we wszystkich środowiskach (społeczność, szpital, opieka długoterminowa). W szczególności psychoterapia w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi powinna być dostępna dla pacjentów cierpiących na duże zaburzenia depresyjne, depresję przewlekłą lub nawracającą (CCSMH 2021). Rekomendacje brytyjskie zwracają uwagę, że w przypadku depresji o większym natężeniu rekomendowane jest m.in. połączenie CBT i leków antydepresyjnych (NICE 2022).

Wyniki publikacji włączonych do przeglądu klinicznego wskazują na istotną skuteczność CBT w różnych populacjach docelowych, obejmujących osoby młodsze, osoby w średnim i osoby starsze (Werson 2022, Cuijpers 2014), a także osoby w >65 r.ż. z zaburzeniami funkcji poznawczych (Simon 2015).

Podsumowanie terapii

Po upływie 2 tygodni od zakończenia cyklu sesji terapeutycznych przewidziano przeprowadzenie jednego, dodatkowego spotkania podsumowującego.

Zgodnie z treścią projektu, osoba przeprowadzająca sesje terapeutyczne dokona podsumowania cyklu terapeutycznego oraz udzielać będzie wskazówek w zakresie dalszego leczenia lub samodzielnej pracy w domu. Podczas spotkania specjalista ponownie przeprowadzi badanie z wykorzystaniem kwestionariusza BDI-II, co pozwoli na ocenę efektów przeprowadzonych działań terapeutycznych. Wskazano również, że w sytuacji, gdy terapeuta

uzna, że uczestnik wymaga dalszej interwencji terapeutycznej, może podjąć decyzję o ponownym zaleceniu uczestnikowi udziału w cyklu sesji terapeutycznych.

W projekcie przedstawiono warunki ponownego przystąpienia do cyklu terapeutycznego. Wskazano, że „od dnia zalecenia do ponownego udziału w cyklu terapeutycznym, do dnia ponownego przystąpienia uczestnika do programu”: (1) „w terminie nie dłuższym niż 30 dni – uczestnik przystępuje bezpośrednio do ponownego cyklu sesji terapeutycznych”, (2) „w przypadku zgłoszenia się uczestnika po upływie 30 dni, jednak nie później niż 3 miesiące, kolejny cykl rozpoczyna się od ponownego spotkania diagnostycznego z psychologiem w celu oceny aktualnego stanu psychicznego uczestnika oraz zasadności kontynuowania terapii”, (3) „w przypadku niezgłoszenia się uczestnika w ciągu 3 miesięcy, uczestnik może przystąpić do programu dopiero po upływie 6 miesięcy od dnia spotkania podsumowującego, rozpoczynając udział w programie od ponownej kwalifikacji”.

W projekcie przedstawiono niejasne zapisy dotyczące liczby ponownych skierowań na sesje terapeutyczne. Z jednej strony wskazano, że „każdy z uczestników może przystąpić do cyklu sesji terapeutycznych maksymalnie 3 razy, łącznie może odbyć 45 spotkań terapeutycznych w czasie trwania całego programu”. Natomiast w kolejnym zdaniu wskazano już, że „w ciągu całego programu uczestnik może otrzymać tylko jedno zalecenie uprawniające do ponownego rozpoczęcia cyklu terapeutycznego”. Należy zauważyć, że zdania te się wykluczają i kwestia ta wymaga doprecyzowania.

W opisie przedmiotowej interwencji wskazano również, że „spotkanie podsumowujące terapię przeprowadzone zostanie w ramach kosztu sesji terapeutycznej”, co nie jest spójne z budżetem PPZ, w którym jednostkowy koszt spotkania podsumowującego terapię wraz z drugim badaniem oceny objawów depresji został wyodrębniony. Kwestię tę również należy doprecyzować.

Grupy wsparcia dla uczestników

Dla chętnych uczestników z grupy I, którzy ukończą cykl terapii przewidziano możliwość uczestnictwa w spotkaniach grupy wsparcia.

W projekcie wskazano, że uczestnictwo w nich stworzy możliwość dzielenia się problemami i wątpliwościami, pomoże zapobiec poczuciu izolacji oraz zbudować przestrzeń na dzielenie się dobrymi praktykami oraz posiadanym doświadczeniem przez poszczególnych członków grupy. W projekcie wskazano, że spotkania powinny odbywać się nie częściej niż raz na 2 tygodnie w trakcie realizacji programu. Harmonogram spotkań i czas trwania będą ustalane przez realizatora programu, przy czym jedno spotkanie powinno trwać nie krócej niż 60 minut i nie dłużej niż 120 minut. Spotkania będą mogły być prowadzone stacjonarnie i/lub z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych. Zaznaczono również, że grupy będą liczyć od 5 do 20 osób, a nowe osoby mogą dołączać w każdym momencie. Podkreślono, że liczba grup powinna być proporcjonalna do liczby uczestników biorących udział w terapii.

Wskazano również, że każdy uczestnik, który ukończył pełny cykl terapii (po spotkaniu podsumowującym), będzie mógł skorzystać z maksymalnie 5 spotkań w trakcie trwania całego programu (niezależnie od tego, ile razy przystąpił do sesji terapeutycznych). Dalej podkreślono, że „spotkania w grupie wsparcia mają charakter fakultatywny i nie zaliczają się do czasu udziału w programie. Uczestnik może ponownie skorzystać z programu po upływie 6 miesięcy od dnia spotkania podsumowującego cykl terapii, podczas którego zakończył udział w programie”.

Szkolenia dla lekarzy i opiekunów osób starszych

W II grupie docelowej zaplanowano przeprowadzenie działań szkoleniowych.

Zgodnie z treścią projektu, tematyka szkoleń dotyczyć będzie specyfiki zaburzeń depresyjnych (charakterystyka i objawy, w tym obraz kliniczny u osób starszych), zasad profilaktyki depresji oraz higieny psychicznej, metod wczesnego rozpoznawania zaburzeń depresyjnych (w tym stosowania GDS) oraz wytycznych dotyczących kierowania chorych do dalszej specjalistycznej opieki psychiatrycznej lub terapeutycznej. Podkreślono, że uczestnicy szkolenia zostaną

poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy (pre-test przed rozpoczęciem szkolenia oraz post-test po jego zakończeniu).

W projekcie wskazano, że szkolenie prowadzone będzie w grupach 10-15-osobowych, powinno trwać 90-100 minut i będzie mogło zostać przeprowadzone stacjonarnie lub przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych (umożliwiających interakcję pomiędzy prowadzącym a uczestnikami szkolenia, przeprowadzenie testów wiedzy oraz ankiety satysfakcji). Wskazano również, że o czasie, miejscu i formie przeprowadzenia działań szkoleniowych decydować będzie realizator. W opisie budżetu PPZ wskazano, że planowane jest przeprowadzenie szkoleń w ok. 47 grupach.

Realizacja szkoleń dotyczących zaburzeń depresyjnych, skierowanych do lekarzy i innych osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych. *Rekomendacje Canadian Guidelines on Prevention, Assessment and Treatment of Depression Among Older Adults* wskazują na konieczność włączenia działań edukacyjnych do postępowania związanego z rozpoznaniem i leczeniem depresji u osób starszych. W rekomendacjach wskazano, że: specjalistyczne treści dotyczące profilaktyki, oceny i leczenia depresji u osób starszych powinny być uwzględnione jako część kształcenia podstawowego i ustawicznego dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia; specjalistyczne szkolenie w zakresie geriatrycznych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym powinno być przewidziane dla personelu medycznego opiekującego się osobami starszymi z depresją; pracownicy ochrony zdrowia powinni zapewnić osobom starszym z depresją edukację w zakresie depresji, jej biologicznych, psychologicznych i społecznych aspektów, skutecznych sposobów radzenia sobie z chorobą i zmiany stylu życia, które pomogą im w powrocie do zdrowia, przy uwzględnieniu aktualnych słabych i mocnych stron danego pacjenta (CCSMH 2021).

Oceniany projekt programu zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W projekcie będącym przedmiotem niniejszej opinii planuje się jednak także działania edukacyjne skierowane uczestników oraz szkolenia dla lekarzy POZ, geriatrów i innych osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi, co stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

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.

W projekcie nie wyodrębniono wskaźników dla monitorowania zgłaszalności oraz ewaluacji PPZ, co wymaga uzupełnienia. Wskazano natomiast, że monitorowanie i ewaluacja programu prowadzone będą na podstawie kwartalnych oraz rocznych sprawozdań realizatora, oraz całościowo po zakończeniu programu. Do projektu dołączono wzór ww. sprawozdania, w którym oprócz mierników efektywności przedstawiono 32 wskaźniki.

Natomiast spośród wskaźników przedstawionych w ww. wzorze sprawozdania, następujące mają zastosowanie w ocenie zgłaszalności do programu:

- (1) „liczba osób aplikujących do programu”,
- (2) „liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie”,
- (3) „liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej” (stanowiący sumę wartości wskaźników: „liczba uczestników programu biorących udział w edukacji zdrowotnej” oraz „liczba członków rodziny/osób bliskich uczestnika biorącego udział w edukacji zdrowotnej”),

- (4) „liczba uczestników, u których przeprowadzono badanie 15 – punktową Geriatryczną Skalą Depresji”,
- (5) „liczba uczestników, których skierowano na konsultację diagnostyczną z psychologiem”,
- (6) „liczba przeprowadzonych konsultacji diagnostycznych z psychologiem”,
- (7) „liczba uczestników, których skierowano na konsultację z lekarzem”,
- (8) „liczba przeprowadzonych konsultacji z lekarzem”,
- (9) „liczba uczestników z pozytywnym wynikiem Inwentarza Depresji Becka (BDI-II)”,
- (10) „liczba uczestników, których skierowano na sesje terapeutyczne”,
- (11) „liczba zleconych sesji terapeutycznych”,
- (12) „liczba przeprowadzonych sesji terapeutycznych”,
- (13) „liczba przeprowadzonych spotkań podsumowujących terapię”,
- (14) „liczba uczestników, którym zalecono ponowny udział w cyklu sesji terapeutycznych (podczas spotkania podsumowującego terapię)”,
- (15) „liczba wszystkich uczestników, którzy zakończyli udział w programie lub nie kontynuowali udziału w programie”,
- (16) „liczba uczestników grup wsparcia”,
- (17) „liczba przeprowadzonych spotkań w ramach grupy wsparcia”
- (18) „liczba osób aplikujących do udziału w szkoleniu”,
- (19) „liczba uczestników szkolenia” oraz „liczba przeprowadzonych szkoleń (spotkań)” (w tym: „liczba przeprowadzonych szkoleń (spotkań) w formie stacjonarnej” oraz „liczba przeprowadzonych szkoleń (spotkań) przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych”).

Powyższe wskaźniki nie budzą zastrzeżeń.

W zakresie oceny jakości świadczeń, wnioskodawca zaplanował analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu. Do projektu dołączono trzy wzory ankiet satysfakcji – dla osób z I grupy docelowej uczestniczących w sesjach terapeutycznych, dla osób z I grupy docelowej uczestniczących w edukacji zdrowotnej oraz dla uczestników szkolenia dla lekarzy i opiekunów osób starszych. Załączone wzory nie budzą zastrzeżeń.

Zgodnie z treścią projektu, ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności. Jak wskazano w części opinii dotyczącej celów i mierników efektywności – wskaźniki w zakresie poziomu wiedzy uczestników wymagają doprecyzowania. Ponadto, wzór sprawozdania oprócz ww. mierników efektywności zawiera również szereg wskaźników, które można wykorzystać w ramach ewaluacji, tj.:

- (1) „liczba uczestników edukacji zdrowotnej, u których odnotowano wzrost poziomu wiedzy”,
- (2) „liczba uczestników edukacji zdrowotnej, u których odnotowano utrzymanie poziomu wiedzy”,
- (3) „liczba uczestników, którzy w badaniu 15 - punktowej Geriatrycznej Skali Depresji uzyskali wynik minimum 10 punktów”,
- (4) „liczba uczestników z negatywnym wynikiem badania przesiewowego oraz w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Depresji uzyskali wynik 6-9 punktów”,
- (5) „liczba uczestników z negatywnym wynikiem badania przesiewowego oraz w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Depresji uzyskali wynik 0-5 punktów”,

- (6) „liczba uczestników, u których w końcowym badaniu przesiewowym w kierunku depresji odnotowano zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych”,
- (7) „liczba uczestników, u których w końcowym badaniu przesiewowym w kierunku depresji nie odnotowano zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych”,
- (8) „liczba uczestników szkolenia, u których odnotowano wzrost wiedzy”.

Należy podkreślić, że powyższe wskaźniki wymagają przeformułowania, gdyż same w sobie nie pozwolą na ocenę efektywności przeprowadzonych działań. Natomiast jeżeli zostaną odniesione do ogółu uczestników i/lub liczby osób biorących udział w poszczególnych interwencjach, mogą posłużyć do określenia odsetka uczestników, u których uzyskano poprawę/pogorszenie w wyniku wdrożonych w ramach PPZ działań.

Ponadto, dwa z powyższych wskaźników (nr 4 i 5) nie są do końca zrozumiałe. W projekcie jako „badanie przesiewowe” wskazywana jest GDS, a wynik poniżej 6 pkt skutkuje zakończeniem udziału w PPZ. Nie przedstawiono definicji „negatywnego wyniku badania przesiewowego”, jednak mając na uwadze powyższe, można za niego uznać właśnie wynik poniżej 6 pkt. Dlatego też nie jest jasne, dlaczego w przytoczonych wyżej wskaźnikach wskazano na jednoczesny negatywny wynik badania przesiewowego oraz punktację w GDS powyżej oraz poniżej zakładanego progu 6 pkt. Kwestia ta wymaga doprecyzowania.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało jedynie częściowo uwzględnione w projekcie. W związku z powyższym kompleksowa ewaluacja programu może okazać się utrudniona.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie, opis sposobu informowania o możliwości przystąpienia do PPZ oraz opis sposobu zakończenia udziału w PPZ. W projekcie przedstawiono również informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Zaznaczono, że realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W treści projektu wskazano koszty jednostkowe, roczne i całkowite. Należy zauważyć, że w ramach kosztów jednostkowych nie uwzględniono kosztów monitorowania i ewaluacji oraz innych kosztów organizacyjnych i administracyjnych takich jak koszty przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej czy wynajmu pomieszczeń, co wymaga uzupełnienia.

Koszt całkowity programu oszacowano na 3 000 000 zł (1 000 000 zł rocznie). Należy zwrócić uwagę na fakt, że jak wskazano w części opinii dotyczącej populacji, szacunki w zakresie budżetu nie uwzględniają wyłączenia z dalszego udziału w PPZ części populacji na etapie konsultacji diagnostycznej z psychologiem (w związku z uzyskaniem wyników kwestionariusza BDI-II niewskazujących na obecność objawów depresyjnych wymagających dalszej interwencji).

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Województwa Mazowieckiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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

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. 2026 poz. 383) świadczenia gwarantowane w omawianym zakresie udzielane są osobom dorosłym (w tym osobom starszym) z zaburzeniami depresyjnymi w warunkach:

- stacjonarnych psychiatrycznych (w tym: świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych, świadczenia psychogeriatryczne, świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej, świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia, świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania, świadczenia w opiece domowej lub rodzinnej, leczenie elektrowstrząsami, przezczaszkowa stymulacja magnetyczna);
- stacjonarnych w izbie przyjęć (świadczenia w izbie przyjęć);
- dziennych psychiatrycznych (w tym: świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych, świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne, przezczaszkowa stymulacja magnetyczna);
- ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) (w tym: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych: porada lekarska diagnostyczna, porada lekarska terapeutyczna, porada lekarska kontrolna, porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa, przezczaszkowa stymulacja magnetyczna).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Profilaktyka zaburzeń depresyjnych i działania edukacyjne

- W populacji osób starszych zaleca się przeprowadzenie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych (kierowanych do ogółu społeczeństwa, osób zagrożonych, ich rodzin/opiekunów, personelu medycznego) ułatwiających wczesne rozpoznawanie objawów zaburzeń depresyjnych (IPiN 2018), a także działań skoncentrowanych na zapobieganiu wystąpienia depresji i samobójstw (CCSMH 2021).
- Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie depresji u seniorów, zwłaszcza za pomocą interwencji psychospołecznych, powinno być priorytetem w działaniach zmierzających do zmniejszenia rozpowszechnienia choroby w populacji seniorów. Zaleca się przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej przybliżającej problematykę depresji wieku podeszłego oraz podjęcie działań mających na celu ograniczenie środowiskowych czynników ryzyka wystąpienia depresji wieku podeszłego (IPiN 2018).
- Zaleca się, żeby klinicyści zachęcali pacjentów o niskim poziomie aktywności fizycznej do jego zwiększenia. Wyższy poziom aktywności fizycznej jest związany z mniejszym prawdopodobieństwem rozwoju depresji w przyszłości. Zależność ta jest spójna we wszystkich grupach wiekowych, w tym w populacji osób starszych (CCSMH 2021).
- Rekomendacje CCSMH 2021 wskazują na konieczność włączenia działań edukacyjnych do postępowania związanego z rozpoznaniem i leczeniem depresji u osób starszych:
 - specjalistyczne treści dotyczące profilaktyki, oceny i leczenia depresji u osób starszych powinny być uwzględnione jako część kształcenia podstawowego i ustawicznego dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia;
 - specjalistyczne szkolenie w zakresie geriatrycznych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym powinno być przewidziane dla personelu medycznego opiekującego się osobami starszymi z depresją;

- o pracownicy ochrony zdrowia powinni zapewnić osobom starszym z depresją edukację w zakresie depresji, jej biologicznych, psychologicznych i społecznych aspektów, skutecznych sposobów radzenia sobie z chorobą i zmiany stylu życia, które pomogą im w powrocie do zdrowia, przy uwzględnieniu aktualnych słabych i mocnych stron danego pacjenta.

W rekomendacjach podkreślono także, że rodziny osób starszych z depresją powinny otrzymać informację na temat pierwszych oznak i symptomów depresji, postaw i zachowań charakterystycznych dla osób z depresją oraz ich własnych reakcji na nie, strategii radzenia sobie z depresją oraz dostępnych opcji leczenia i korzyści z nich płynących (CCSMH 2021).

Wczesne wykrywanie depresji

- o W populacji osób starszych zaleca się rutynowe badanie przesiewowe u pacjentów z czynnikami ryzyka depresji w wieku podeszłym:
 - o obecność objawów depresyjnych powinna być rutynowo oceniana u każdego starszego pacjenta zgłaszającego się na pierwszą wizytę do POZ i poradni geriatrycznej;
 - o zaleca się przeprowadzenie badania skriningowego w kierunku depresji u każdej osoby starszej w trakcie hospitalizacji w oddziałach geriatrycznych i internistycznych;
 - o lekarze POZ i poradni geriatrycznych oraz pielęgniarki środowiskowe powinny rutynowo wykonywać test w kierunku symptomów depresji u każdego pacjenta w podeszłym wieku po nagłym pogorszeniu stanu zdrowia lub utracie bliskiej osoby (IPiN 2018).
- o W rekomendacjach przedstawionych przez USPSTF 2023 również wskazano, że zaleca się badania przesiewowe w kierunku dużego zaburzenia depresyjnego w populacji osób dorosłych, w tym osób starszych (65+). Natomiast w celu osiągnięcia korzyści z badań przesiewowych w kierunku depresji i zmniejszenia rozbieżności w zachorowalności na depresję, ważne jest, aby osoby z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego były dalej oceniane pod kątem dalszej diagnozy i jeśli to konieczne, żeby zostały skierowane na odpowiednie leczenie oparte na dowodach naukowych. Wskazano także, że w przypadku osób starszych istnieją wystarczające dowody na to, że programy realizujące badania przesiewowe w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (lub realizowane w porównywalnych warunkach) są związane z poprawą zdrowia (przynoszą umiarkowanej wielkości korzyści zdrowotne) (USPSTF 2023).

Narzędzia pomiarowe służące do wykrywania depresji:

- o Rekomendowane narzędzia do badania depresji u osób starszych bez istotnego upośledzenia funkcji poznawczych to Geriatryczna Skala Depresji (lub Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ-9, *Patient Health Questionnaire-9*). Natomiast dla pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych w stopniu umiarkowanym do ciężkiego, rekomendowanym narzędziem pomiarowym jest Skala Cornell dla depresji w demencji (*Cornell Scale for Depression in Dementia*) zamiast GDS (CCSMH 2021).
- o W rekomendacjach przedstawionych przez USPSTF 2023 jako zalecane narzędzia przesiewowe wskazano m.in.: PHQ-9, Skalę Depresji *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) oraz GDS (USPSTF 2023).
- o W rekomendacjach opracowanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii wskazano, że do skryningu najczęściej zalecane jest użycie kwestionariuszy PHQ-9 oraz GDS-15 (IPiN 2018).

Oddziaływania psychologiczne i terapeutyczne

- o W przypadku osób starszych, do najbardziej skutecznych zaliczane są: terapia poznawczo-behawioralna (CBT) – indywidualna lub grupowa, terapia skoncentrowana na rozwiązywaniu problemów (PTS, *problem-solving therapy*) – która może być stosowana dla osób starszych z dysfunkcjami poznawczymi (CCSMH 2021).

- Rekomendacje wskazują, że w przypadku depresji o większym natężeniu (*more severe depression*) rekomendowane jest m.in. połączenie indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) i leków antydepresyjnych (NICE 2022).
- Zgodnie z rekomendacjami *American Psychological Association* w populacji osób starszych w przypadku dużego zaburzenia depresyjnego (*major depressive disorder*) zaleca się: terapię grupową skierowaną do osób starszych (*group life review treatment*) lub grupową terapię poznawczo-behawioralną (CBT) (samodzielną lub dodaną do leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej), lub leczenie skojarzone farmakoterapią z psychoterapią interpersonalną (*interpersonal psychotherapy*), zamiast samej psychoterapii interpersonalnej (APA 2019).
- Istnieją również dowody na poparcie terapii behawioralnej, aktywacji behawioralnej, terapii reminiscencyjnej i innych psychoterapii, w tym psychoterapii psychodynamicznej i terapii interpersonalnej. Terapie prowadzone przez Internet mogą być porównywalne z leczeniem „face-to-face” i mogą poprawić dostęp osobom zamieszkującym tereny z ograniczoną dostępnością lub osobom mających problem z mobilnością (CCSMH 2021).
- Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami zaleca się również wprowadzenie interwencji ukierunkowanych na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej w populacji osób starszych (CCSMH 2021, NICE 2022). Aktywność fizyczna w formie ćwiczeń jest ważną, niefarmakologiczną, metodą poprawy nastroju u tych osób. Klinicyści powinni kierować się własną oceną przy zalecaniu rodzaju ćwiczeń i czasu ich trwania, biorąc pod uwagę choroby współistniejące, fizyczne możliwości i poziom motywacji danego pacjenta (CCSMH 2021).
- W rekomendacjach podkreślono, że psychoterapia i/lub postępowanie psychospołeczne powinny być dostępne dla osób starszych z depresją we wszystkich środowiskach (społeczność, szpital, opieka długoterminowa). W szczególności psychoterapia w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi powinna być dostępna dla pacjentów cierpiących na duże zaburzenia depresyjne, depresję przewlekłą lub nawracającą (CCSMH 2021).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

Ogólna skuteczność psychoterapii w leczeniu depresji u osób starszych

- Wyniki metaanalizy 44 RCT (Cuijpers 2014) wskazują z dużą pewnością, że terapie psychologiczne są ogólnie skuteczne w leczeniu depresji w późnym okresie życia, przy czym jest to szczególnie dobrze ugruntowane w przypadku terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) i terapii rozwiązywania problemów. Uzyskane wyniki wskazują na przewagę psychoterapii nad kontrolą po 6 miesiącach lub dłużej od rozpoczęcia leczenia osób starszych z objawami depresyjnymi ($g=0,27$ [95%CI: (0,16; 0,37)]).
- CBT okazała się nieco bardziej skuteczna niż inne terapie ($g=0,31$ [95%CI: (0,05; 0,57)]; $I^2=0$ [95%CI: (0; 68)]; NNT=5,75). Stwierdzono również, że terapia rozwiązywania problemów okazała się skuteczniejsza niż inne formy psychoterapii ($g=0,30$ [95%CI: (0,08; 0,52)]; $I^2=55$ [95%CI: (0; 82)]; NNT=5,95). Nie wykazano istotnych różnic między behawioralną terapią aktywacyjną a innymi terapiami oraz między terapią psychodynamiczną a innymi psychoterapiami (Cuijpers 2014).

Skuteczność CBT w leczeniu depresji w różnych grupach docelowych:

- Wyniki przeglądu klinicznego wskazują na istotną skuteczność CBT w różnych populacjach docelowych, obejmujących osoby młodsze, osoby w średnim i osoby starsze (Werson 2022, Cuijpers 2014), a także osoby w >65 r.ż. z zaburzeniami funkcji poznawczych (Simon 2015).
- Wyniki metaanalizy 25 RCT (Werson 2022) wskazują, że u osób młodszych i w średnim wieku, CBT jest skuteczniejsze niż leczenie pasywne lub leczenie aktywne ($Z=3,53$, $p<0,001$). Badania z udziałem osób starszych (>60 r.ż.) wykazały mniejszy rozmiar efektu ($g=0,45$ [95%CI: (0,24;0,67)]), przy zachowaniu istotnej przewagi CBT nad innymi metodami terapeutycznymi ($Z=4,14$, $p<0,001$).

- Wyniki przeglądu systematycznego 6 RCT (Simon 2015) wskazują na skuteczność CBT u osób starszych z depresją i deficytami poznawczymi. Należy podkreślić, że najczęściej stosowaną formą CBT w tej grupie była terapia rozwiązywania problemów (PST), prawdopodobnie ze względu na jej ukierunkowanie na poprawę funkcji wykonawczych. Uzyskane wyniki wskazują na skuteczność CBT w zakresie redukcji objawów depresyjnych i niepełnosprawności. Dowody dotyczące wpływu CBT na funkcje poznawcze są nadal ograniczone, niemniej stwierdzono korzystny wpływ CBT na funkcje wykonawcze, szybkość przetwarzania i umiejętności rozwiązywania problemów, takich jak generowanie alternatywy i podejmowanie decyzji.

Kwestionariusze diagnostyczno-przesiewowe

- Wyniki przeglądu klinicznego potwierdzają trafność predykcyjną różnych geriatrycznych skal oceny objawów depresji (GDS) (Park 2021, Krishnamoorthy 2020)
- Metaanaliza 31 badań potwierdziła trafność predykcyjną skali GDS-15, wykorzystywanej w ocenie objawów depresji u starszych dorosłych w wieku powyżej 65 lat. We wszystkich analizach GDS-15 wykazała spójną, umiarkowaną wartość predykcyjną przy AUC sROC wynoszącej $\geq 0,8$. Skala GDS-15 okazała się stabilnym i dokładnym narzędziem do wykrywania depresji u osób starszych bez upośledzenia funkcji poznawczych (Park 2021).
- Wyniki przeglądu systematycznego 53 badań (Krishnamoorthy 2020) dotyczącego trafności różnych wariantów GDS w wykrywaniu depresji u osób >60 r.ż. wskazują, że łączna czułość i swoistość skali GDS-30 wynosi odpowiednio 82% i 76% przy AUC wynoszącej 0,85. Jeśli chodzi o skalę GDS-15, jej czułość i swoistość oszacowano odpowiednio na poziomie 86% i 79% przy nieco wyższej dokładności diagnostycznej w porównaniu z innymi skalami (AUC=0,90). Łączna czułość i swoistość skali GDS-10 wyniosła odpowiednio 87% i 75% przy AUC=0,83. Czułość skali GDS-4 oszacowano na poziomie 74%, a swoistość – 71%.

Podsumowanie opinii ekspertów

- Próby zmierzające do zmniejszenia stygmatyzacji osób chorujących psychicznie to ogromny wysiłek, który wciąż nie przynosi zadowalających rezultatów. Świadomość społeczna w tym zakresie wciąż jest niewystarczająca i nie jest proporcjonalna do podejmowanych wysiłków. Poprzez działania edukacyjne (zwiększenie wiedzy) najłatwiej jest modyfikować świadomość społeczną. Najskuteczniej można przekazać tę wiedzę poprzez organizowanie kampanii na rzecz zmiany postaw wobec choroby oraz osób z zaburzeniami psychicznymi, a także prowadzenie określonych działań profilaktycznych.
- Programy dotyczące depresji powinny zawierać element poświęcony edukacji lekarzy, ponieważ zarówno w Polsce, jak i na całym świecie, to lekarze rodzinni są grupą pracowników ochrony zdrowia kontaktującą się z największą populacją osób zagrożonych depresją, zatem do nich należy w pierwszej kolejności wykrywanie i leczenie depresji. Ważnym elementem programów powinno być wzmocnienie i finansowanie, na różnych szczeblach (zwłaszcza lokalnych) szkoleń adresowanych do lekarzy rodzinnych dotyczących diagnozowania i leczenia zaburzeń afektywnych. Ważne jest, aby podobne szkolenia mogły się odbywać w lokalnych środowiskach.
- Należy nadać większe znaczenie potrzebie kompleksowego oddziaływania w profilaktyce i leczeniu depresji, walcząc z upowszechniającym się schematem sprowadzania leczenia depresji do farmakoterapii. Konieczne jest prowadzenie systematycznej, planowej psychoedukacji i równoległych do farmakoterapii oddziaływań psychoterapeutycznych. W procesie tym powinni być uwzględnieni m.in. psychoterapeuci i psychologowie.
- W zakresie populacji niezwykle ważne wydają się prowadzenie działań edukacyjnych w wyodrębnionych grupach młodzieży, ludzi w podeszłym wieku, jak również przyjrzenie się zjawisku depresji okołoporodowej.
- Depresja powinna być diagnozowana jedynie przez lekarzy psychiatrów w oparciu kryteria zawarte w ICD-10, jako klasyfikacji obowiązującej w Polsce i w Europie, ale również na podstawie klasyfikacji DSM-5. Diagnozą depresji nie powinni zajmować się lekarze POZ.

- Realizacja programów ukierunkowanych na edukację może zmniejszyć zagrożenie występowaniem depresji, w tym jej najbardziej obciążającym społecznie skutkiem takim jak samobójstwa i niewydolność zawodowa.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z dnia 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.451.28.2026 „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego”; data ukończenia: czerwiec 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 93/2026 z dnia 15 czerwca 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego”.