



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

nr 2/2010 z dnia [REDACTED]

o projekcie programu zdrowotnego „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla uczniów klas VI szkół podstawowych” realizowany przez Urząd Marszałkowski [REDACTED]

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej nr 2/2010 z dnia [REDACTED], przedstawiam opinię dotyczącą projektu programu zdrowotnego „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla uczniów klas VI szkół podstawowych” realizowany przez Urząd Marszałkowski [REDACTED].

Prezes za wskazaniem Rady Konsultacyjnej stwierdza, że projekt programu zdrowotnego „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla uczniów klas VI szkół podstawowych” dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, lecz budzi wiele wątpliwości dotyczących m. in.:

- konieczności akceptacji programu przez lokalną komisję bioetyczną,
- konieczności przygotowania informacji dla opiekunów uczestników programu o celach, korzyściach i zagrożeniach związanych z uczestnictwem w programie (stygmatyzacja),
- zabezpieczenia praw uczniów, w tym konieczności zachowania poufności danych osobowych osób biorących udział w programie,
- braku danych o technikach wykorzystywanych w ramach warsztatów,
- braku planów oceny wyników zastosowanych terapii testami psychologicznymi jak przy kwalifikacji do programu,
- czasu prowadzenia warsztatów: klasa VI to okres egzaminów do gimnazjum, wzmożonego napięcia i nerwowości. Wydaje się, że lepiej byłoby prowadzić badania albo w klasie V albo (lepiej) w pierwszej gimnazjalnej.

Oceniany program dotyczy dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, powołuje się na polskie i wojewódzkie dane epidemiologiczne.¹

Od kilku lat obserwuje się wzrost liczby młodych ludzi borykających się z różnymi zaburzeniami emocjonalnymi, które utrudniają im funkcjonowanie w społeczeństwie. Często ich problemy są niedostrzegane, nierozumiane lub błędnie interpretowane zarówno przez rodziców, nauczycieli jak i rówieśników.¹



U podłoża depresji dziecięcej leżą najczęściej zmiany, problemy oraz konflikty pojawiające się w rodzinie. Przyczyną zaburzeń depresyjnych mogą być ponadto czynniki dziedziczne, trudne lub traumatyczne wydarzenia z przeszłości, choroba somatyczna, długotrwały stres czy też czynniki biologiczne. Często też zaburzenia depresyjne u dzieci wiążą się ściśle z trudnościami w szkole, niedostatkami umiejętności społecznych, mogą być czynnikiem predysponującym do eksperymentowania z alkoholem oraz substancjami psychoaktywnymi, a także prób samobójczych i innych zachowań autodestrukcyjnych. Szeroka edukacja z tego zakresu umożliwia wczesne reagowanie na niepokojące zachowania dziecka, ocenę, kiedy konieczny jest kontakt ze specjalistą. Badania wskazują na coraz wcześniejszy początek depresji. Oszacowano, iż prawie 25% dzieci i młodzieży doświadczy przynajmniej jednego znaczącego epizodu depresyjnego zanim osiągnie 18 r.ż.^{1,2}

W regionie ████████ w 2007 r. populacja w wieku 0-18 lat obejmowała 497.515 osób, w tym 56.462 dzieci w 12-13 r.ż.²

W 2007 r. w województwie ████████ funkcjonowało 9 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, w którym udzielono 24.114 porad.¹

Odnalezione dowody naukowe, które dotyczyły programów uniwersalnych oraz celowanych – skierowanych dla osób z czynnikiem ryzyka, gdzie wykazano redukcję objawów depresyjnych i zapadalności na depresję; terapie prowadzone przez specjalistów klinicznych były skuteczniejsze niż prowadzone przez nauczycieli. Autorzy badań wskazują, że chociaż badania przesiewowe dotyczące depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania, to jednak przed rutynowym zastosowaniem należy zbadać dokładniej długofalowe efekty programu, efekty możliwe do osiągnięcia w rzeczywistej praktyce i jego kosztową efektywność.¹

Brytyjski NICE nie rekomenduje badań przesiewowych w celu wykrycia depresji.^{2,3,4}

Nie odnaleziono zostały dane na temat bezpieczeństwa stosowanej interwencji. W jednym z badań zwrócono uwagę na możliwość stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych.²

Przedstawione dane nie pozwalają stwierdzić czy program stanowi optymalne wykorzystanie zasobów – ocena tego faktu leży po stronie samorządu; jego działania wydają się być zaprojektowane zgodnie z uznanymi standardami.

Nie podane zostały informacje na temat środków finansowych przeznaczonych na realizację ocenianego programu z związku z czym, nie jest możliwe odniesienie się do zakresu optymalnego wykorzystania dostępnych zasobów.¹

Odnaleziona została 1 publikacja dotycząca stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych w zakresie działań wykorzystywanych w programie (efektywność kosztowa). Analiza wykonana w systemie amerykańskim dotyczyła 123 dzieci ze średnio nasilonymi objawami depresyjnymi, które przydzielone zostały losowo do grupy interwencji (15 godzinne sesje grupowej terapii kognitywno-behawioralnej). Analiza wskazała, iż interwencja jest kosztowo efektywna.²

W programie przewidziano monitorowanie osiągniętych efektów ograniczone do kwestii zgłaszalności, liczby dzieci skierowanych do udziału w warsztatach i skierowanych do dalszej diagnostyki i leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz liczby dzieci uczestniczących w warsztatach.²

Wniosek końcowy

W świetle przedstawionych danych, szczególnie dotyczących elementów etycznych programu jak i braku pełnej analizy kosztów, Prezes za wskazaniem Rady stwierdza jak na wstępie.

Piśmiennictwo

1. Ocena projektu programu „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla uczniów klas VI szkół podstawowych”, Urząd Marszałkowski [REDACTED]
2. Materiały przekazane przez Wnioskodawcę
3. Gilbody S., Sheldon T., Wessely S., Health Policy, Should we screen for depression? British Medical Journal 2006; 322(7548): 1027-1030
4. Coles P., Knowledge update on screening for depression, Information Scientist, July 2009