



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 34/2012 z dnia 26 marca 2012 r.
o projekcie programu zdrowotnego „Ramowy program
zapobiegania depresji”
realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Ramowy program zapobiegania depresji” realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Uzasadnienie

W projekcie brakuje informacji na temat wykonawców i budżetu programu, który jest ponadto opisany zbyt ogólnikowo. Program wydaje się mało realny do realizacji w polskich warunkach, ze względu na niedobór terapeutów behawioralnych oraz nieuwzględnienie efektywności kosztowej programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest „Ramowy program zapobiegania depresji”, stanowiący program narodowy, zaplanowany na lata 2012-2015. Program adresowany jest do różnych populacji. Głównym jego celem jest zmniejszenie częstości występowania lub nawracania depresji we wskazanych populacjach.

Pierwszą populację stanowią dzieci z klas 5 i 6 szkoły podstawowej. Podstawową interwencją do niej skierowaną, planowaną w ramach programu, jest rodzaj terapii poznawczo-behawioralnej nastawionej na poprawę umiejętności radzenia sobie ze stresem, prowadzonej z wykorzystaniem specjalnego programu komputerowego lub przez wykwalifikowanych terapeutów.

Drugą populację stanowią kobiety ciężarne oraz w okresie poporodowym. Interwencje adresowane do tej grupy obejmują: prowadzenie (w ramach szkół rodzenia) zajęć dotyczących objawów depresji poporodowej, wykonywanie w okresie poporodowym przesiewowego badania kwestionariuszowego w celu identyfikacji objawów depresji poporodowej (tzw. Edynburska Skala Oceny Depresji Poporodowej). W zależności od potrzeby będzie prowadzona konsultacja psychologiczna/psychiatryczna. W ramach tej części programu planowane są także szkolenia dla lekarzy położników i pielęgniarek położnych, w kwestii wczesnego rozpoznawania zagrożenia wystąpienia depresji poporodowej.

Trzecią populację stanowią osoby w wieku emerytalnym (przechodzące na emeryturę). Interwencje w ramach tej części programu obejmują szkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu znaczenia zdrowotnego zaburzeń depresyjnych u osób w wieku



emerytalnym oraz rzetelnego rozpoznawania zaburzeń depresyjnych przy użyciu Geriatrycznej Skali Oceny Depresji, a także zasad leczenia i zaleceń prozdrowotnych. Po zakończonym szkoleniu, zadaniem lekarzy będzie identyfikowanie przypadków zaburzeń depresyjnych w przedmiotowej grupie pacjentów. Równolegle prowadzona będzie edukacja za pośrednictwem broszur informacyjnych.

Czwartą populację stanowią wszystkie osoby, które przybyły epizod depresji, zarówno pierwszy, jak i kolejne. Planowaną interwencją są zajęcia psychoedukacyjne (10 spotkań).

Projekt nie zawiera informacji na temat budżetu programu.

Realizacja „Ramowego programu zapobiegania depresji” wynika bezpośrednio z zapisów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Problem zdrowotny

Problemem zdrowotnym jest depresja, jak również jej zbyt mała rozpoznawalność wówczas, gdy już wystąpi, co pociąga za sobą zbyt późne i często nieadekwatne działania terapeutyczne, a więc znacznie zwiększa koszty ponoszone w związku z występowaniem zaburzeń przez pacjentów, ich rodziny i całą społeczność. Określenie „depresja” może być różnie definiowane i bywa różnie rozumiane. Przedmiotowy program dotyczy depresji definiowanej dwojako:

- jako choroby, zgodnej z kryteriami międzynarodowymi (ICD-10), czyli zaburzenia afektywnego, zwanego dawniej depresją endogenną;
- jako zespołu objawów, niespełniających kryteriów ICD-10 dla rozpoznania dużej depresji, a więc stanu depresyjnego, będącego przyczyną istotnego dyskomfortu, mogącego przerodzić się w pełnoobjawowy stan chorobowy.

Alternatywne świadczenia

Nie dotyczy

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Zamiar przygotowania i wdrażania „Ramowego Programu Zapobiegania Depresji” jest niezwykle ważny i wartościowy. Biorąc pod uwagę aktualne i przewidywane w najbliższych latach rozmiary populacji, u której wystąpią zaburzenia depresyjne, powinien to być jeden z podstawowych elementów Narodowego Programu Zdrowia (nie tylko zdrowia psychicznego). W ocenie Agencji, w aktualnej wersji, projekt programu nie jest jeszcze przygotowany w sposób właściwy. Zawiera pewne braki merytoryczne, jest fragmentaryczny, nie w pełni opracowano w nim stronę techniczną realizacji programu. Przy przygotowaniu programu w niewystarczającym stopniu uwzględniono wiedzę o zjawiskach i procesach psychologicznych, odgrywających bardzo istotną rolę w formowaniu się zaburzeń depresyjnych oraz pozostających w nierozzerwalnym związku z biologicznymi aspektami funkcjonowania człowieka.

Podsumowanie dowodów naukowych, wytycznych klinicznych oraz rekomendacji dotyczących finansowania.

Depresja młodzieńcza

Interwencje psychologiczne nie są obecnie rekomendowane jako uniwersalna metoda zapobiegania objawom depresji i wielkiej depresji w populacji młodzieży.

Niemniej, z odnalezionych dowodów naukowych wynika, że prewencyjne działania edukacyjne/psychologiczne/edukacyjno-psychologiczne mogą być skuteczną metodą

zapobiegania depresji. Jeśli chodzi o prewencję zaburzeń zachowania, niepokoju, depresji za pomocą tzw. *Cognitive behavioral therapy* (CBT), w tym treningu umiejętności społecznych, skuteczność wykazują programy celowane, które są efektywniejsze, niż działania uniwersalne i selektywne.. Ponadto interwencję polegającą na terapii poznawczo-behawioralnej (15 godzinnych sesji) uznano ze kosztowo efektywną z perspektywy społecznej w rocznym horyzoncie czasowym.

Depresja poporodowa

- W okolicach 36 tygodnia ciąży, kobiety powinny być informowane m. in. o zjawisku tzw. „baby blues” oraz depresji poporodowej,
- Z każdą kobietą ciężarną powinno się przeprowadzić wywiad w kierunku występowania wcześniejszych zaburzeń psychicznych oraz obciążenia rodzinnego,
- Systematyczny skrining dotyczący możliwości rozwoju depresji poporodowej w populacji kobiet ciężarnych nie jest rekomendowany przez National UK Screening. Skrining w kierunku chorób psychicznych powinien być oferowany kobietom w okresie okołoporodowym, z przebyłą chorobą psychiczną w historii,
- Kobiety po urodzeniu dziecka powinny wypełnić formularz EPDS (tzw. Edynburska Skala Oceny Depresji Poporodowej) w ramach skriningu depresji poporodowej,
- EPDS nie jest narzędziem diagnostycznym. Diagnoza depresji poporodowej wymaga oceny klinicznej.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu „Ramowy program zapobiegania depresji” realizowany przez Ministerstwo Zdrowia, nr: AOTM-OT-440-8/2011, Warszawa, marzec 2012 i aneksu „Programy zdrowotne z zakresu ochrony zdrowia psychicznego– wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów nr: AOTM-OT-440-7/2011, AOTM-OT-440-8/2011, Warszawa, marzec 2012.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie: opinia eksperta przedstawiona na posiedzeniu.