



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 70/2017 z dnia 7 kwietnia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Ogólnopolski
Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji”
realizowany przez Ministerstwo Zdrowia

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Ogólnopolski Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej w założeniu ma być programem edukacyjno-profilaktycznym skupiającym się na problemie depresji. Projekt został przygotowany w sposób nieprecyzyjny. Brakuje spójności pomiędzy poszczególnymi jego częściami, zaś niektóre elementy programu powielają się między sobą. Wiele z elementów programu nie zostało opisane we właściwy i jasny sposób, co utrudnia ich weryfikację.

Ponadto trudne do określenia jest powiązanie opiniowanego projektu programu z funkcjonującym obecnie Programem Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020, który obejmuje podobne działania.

Należy także zwrócić uwagę, że projekt nie precyzuje w jaki dokładnie sposób powiązany będzie z obecnie dostępnymi świadczeniami oraz na jakich zasadach odbywać się będzie kontynuacja świadczeń zdrowotnych. Biorąc pod uwagę fakt, że w projekcie nie planuje się zatrudnienia kadry realizującej program, nakładanie nowych obowiązków na obecnie działające podmioty lecznicze może doprowadzić do sytuacji, w której lekarze nie będą w stanie wypełniać wszystkich powierzonych im zadań we wskazanym czasie, co przełoży się na utrudnioną dostępność do świadczeń i wydłużony okres oczekiwania pacjentów na świadczenia. Przy braku dodatkowych zasobów, które wykorzystać można na wdrożenie szybkiego postępowania terapeutycznego, prowadzenie programów mających jedynie na celu wczesne wykrywanie danych chorób powoduje wzrost wskaźników epidemiologicznych i jednoczesowy wzrost liczby chorych oczekujących na świadczenie. Ważne jest zatem, aby programy wczesnego wyrwania posiadały odpowiednie zaplecze terapeutyczne, zapewniające sprawny dostęp do dalszej diagnozy i leczenia.

Poniżej przedstawiono szczegółowe uwagi.

Cel główny programu może okazać się trudny do realizacji ze względu na fakt, że w większości zaplanowane interwencje nie mają charakteru edukacyjnego. Zaproponowane mierniki nie nawiązują natomiast do planowanego wdrożenia programu diagnostyki podstawowej (lekarz POZ) oraz pogłębionej.

Należy wskazać, że odnalezione rekomendacje nie są spójne co do zasadności prowadzenia badań przesiewowych w kierunku depresji w populacji ogólnej, zaś populacja docelowa, która ma zostać włączona do programu nie pokrywa się z wytycznymi klinicznymi, które pozytywnie odnoszą się do badań przesiewowych w kierunku depresji. Biorąc od uwagę wszystkie odnalezione rekomendacje zasadne jest, aby w programie nie ograniczano wieku potencjalnych uczestników mogących wziąć



udział w realizowanych działaniach, natomiast uwzględniono więcej czynników ryzyka wystąpienia depresji i według nich kwalifikowano uczestników. W zakresie grupy lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), którzy mają zostać objęci szkoleniami, założono, że do programu włączonych zostanie 815 osób, co stanowi jedynie 0,02% wszystkich lekarzy POZ wykonujących zawód. W projekcie nie określono zasad wyboru uczestników szkoleń ani zasad współpracy z placówkami z POZ.

W projekcie zaplanowano szereg interwencji, jednak ich opis jest niepełny i niespójny i część ta budzi najwięcej zastrzeżeń.

Z założenia program stanowić ma program edukacyjny, jednak działania z tego zakresu zostały zaplanowane w sposób niewystarczający. Należy zaznaczyć, że samo przygotowanie i rozpropagowanie ulotek i broszur informacyjnych może nie wpłynąć znacząco na wzrost świadomości społeczeństwa. W przypadku, kiedy program skupiać się ma na zwiększeniu wiedzy na temat depresji, jej profilaktyki, diagnozy i leczenia, działania edukacyjne powinny być zaplanowane na szeroka skale i obejmować różnorodne formy przekazu.

W kwestii szkoleń personelu medycznego nie określono konkretnego planu tematycznego szkoleń, nie wskazano na jakich zasadach będą się one odbywać (liczba spotkań, czas trwania, liczebność grup) oraz kto będzie je prowadził. Ponadto w projekcie nie przewidziano sprawdzenia nabytych umiejętności przez uczestników szkoleń, którzy później będą odpowiedzialni za prowadzenie badań przesiewowych.

Ponadto w projekcie pojawia się niespójność co do kolejności zaplanowanych interwencji. Nie jest jasne, czy lekarze POZ zostaną przeszkoleni przed rozpoczęciem prowadzenia badań przesiewowych. Przekłada się to także na niejasności związane z kwalifikacją uczestników i ich typowaniem do udziału w programie spośród pacjentów zgłaszających się do lekarza POZ.

Projekt zakłada wykorzystanie w ramach badań przesiewowych kwestionariuszy wypełnianych przez lekarza i pacjenta. Warto w tym miejscu rozważyć stworzenie interaktywnego kwestionariusza, który pacjent samodzielnie wypełniać będzie w domu, zaś z wynikiem zgłaszać się będzie do lekarza, który zakwalifikuje, bądź nie daną osobę do programu i skieruje do badań specjalistycznych.

W programie planuje się utworzenie Ośrodków Wczesnej Diagnostyki Depresji (OWDD), jednak nie wskazuje się na jakich zasadach będą one tworzone oraz w jakiej ilości. W ramach działania OWDD planuje się prowadzenie e-konsultacji (lekarz POZ-psychiatra), konsultacji specjalistycznych i diagnostyki pogłębionej. Kwestia funkcjonowania i postępowania z pacjentem w ramach ośrodków jest niejasna, gdyż nie wiadomo, który z lekarzy ostatecznie odpowiedzialny będzie za podejmowanie decyzji terapeutycznych i na jakich zasadach odbywać się będzie współpraca pomiędzy lekarzem POZ a ośrodkiem. Opis tych interwencji nie przedstawia algorytmu postępowania z pacjentem, zaś wszystkie podejmowane decyzje opierać będą na przeświadczeniu danego lekarza. Należy przy tym mieć na uwadze, że z założenia większość obowiązków spoczywać będzie na lekarzach POZ, zaś lekarze psychiatry będą udzielać porad i zaleceń jedynie na podstawie przekazywanych im informacji (bez osobistego zbadania pacjenta). Niesie to duże ryzyko postawienia błędnego rozpoznania i tym samym rozpoczęcia nieodpowiedniego postępowania terapeutycznego.

Nie odniesiono się także do kwestii bezpieczeństwa informatycznego związanego z prowadzeniem e-konsultacji.

W zakresie diagnostyki pogłębionej wyszczególniono szereg konsultacji specjalistycznych i badań obrazowych, których wykonywanie nie znajduje uzasadnienia w ramach programu. W wytycznych nie odnaleziono informacji wskazujących na zasadność prowadzenia konsultacji neurologicznych i neurochirurgicznych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego mózgu ani EEG. Warto wskazać, że są to procedury kosztochłonne, które mogą przekładać się na znaczne obciążenie budżetu programu, który z założenia skupiać się ma na interwencjach przesiewowych oraz edukacji.

W zakresie monitorowania i ewaluacji warto procesy te uzupełnić o wskaźniki opisane szczegółowo w dalszej części opinii. Elementy te są szczególnie istotne z uwagi na pilotażowy charakter programu.

Budżet programu nie zawiera oszacowań jednostkowych na uczestnika programu. Nie oszacowano kosztów szkoleń, edukacji oraz działań promujących program. Przy braku szacowanej liczebności uczestników programu nie możliwe jest wskazanie czy zaproponowana kwota jest wystarczająca dla prowadzenia zaplanowanych działań. Wobec powyższego weryfikacja kosztorysu jest utrudniona i negatywnie wpływa na jego wiarygodność.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu depresji realizowany przez Ministerstwo Zdrowia. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 15 mln PLN, zaś okres realizacji to lata 2017-2023.

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 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 projekcie programu w sposób szczegółowy odniesiono się do problemu zdrowotnego jakim jest depresja. Odniesiono się do trudności związanych z wczesnym diagnozowaniem ww. choroby, przedstawiono także kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego.

Opiniowany projekt wpisuje się w następujący priorytet: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W treści projektu programu (powołując się na dane GUS, WHO, raport EZOP) przedstawiono aktualne informacje, które odnoszą się do problemu depresji w polskim społeczeństwie.

Badania epidemiologiczne pokazują, że 25-33% osób w populacji boryka się w danym roku z występującym zaburzeniem psychicznym. Około 10-20% wszystkich przypadków może zostać ocenionych jako przejawiające ciężkie zaburzenia - zazwyczaj są to osoby, u których współwystępują różne zaburzenia psychiczne, a ich przebieg ma charakter przewlekły. Najczęstszym rodzajem zaburzeń występujących w populacji są zaburzenia lękowe – cierpi na nie w danej społeczności przeciętnie co szósta osoba. Jedna osoba na dziesięć boryka się z zaburzeniami nastroju, głównie z depresją. Około 7% osób cierpi na bezsenność, zaś uzależnienia to problem dotyczący ponad 4% populacji. Część zaburzeń nie jest poważnie nasiloną i nie ma istotnego wpływu na codzienne funkcjonowanie. W wielu przypadkach łączy się to jednak z istotnym pogorszeniem jakości życia, upośledzeniem funkcjonowania i może prowadzić do powstania niepełnosprawności. Należy podkreślić, że zaburzenia psychiczne i choroby neurologiczne odpowiadają łącznie za 25% wszystkich przyczyn niepełnosprawności. Z niepełnosprawnością w największym stopniu wiążą się cztery kategorie chorób: depresje, otępienia, uzależnienie od alkoholu oraz udary.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia, mając na uwadze omawiany obszar, największy udział hospitalizacji wśród osób dorosłych w kraju stanowiły uzależnienia (44% hospitalizacji w skali kraju). Zaś wśród dzieci i młodzieży największym udziałem hospitalizacji w kraju charakteryzowały się zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (16,5% hospitalizacji w skali kraju).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „wzrost świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych w okresie realizacji programu”. Warto zaznaczyć, że cel główny powinien być określony jako oczekiwany, docelowy stan i precyzyjnie zdefiniowana zmiana, jego osiągnięcie powinno natomiast stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Główne założenie zostało sformułowane w sposób mało precyzyjny, uznać należy jednak, iż jest ono istotne, a efekt jego realizacji możliwy do zmierzenia, cel ten został także osadzony w czasie.

Ponadto sformułowano 3 założenia szczegółowe, uzupełniające przytoczony powyżej cel główny. Ważnym jest, aby cele szczegółowe nie przedstawiały działań możliwych do podjęcia, a ich rezultaty. W związku z powyższym, ostatni z zaproponowanych celów szczegółowych nie został przedstawiony w sposób prawidłowy. Należy mieć na uwadze, aby cele programowe formułowane były zgodnie z zasadą SMART, zgodnie z którą cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy

W projekcie wskazano 7 mierników efektywności, z podziałem na mierniki odnoszące się do programu profilaktyki pierwotnej (dla każdego z realizatorów) oraz mierniki w odniesieniu do całego programu profilaktyki (dla wszystkich realizatorów). Zaproponowane mierniki nie nawiązują natomiast do wskazanego w celach planowanego wdrożenia programu diagnostyki podstawowej (lekarz POZ) oraz pogłębionej (badanie przez specjalistę z dziedziny psychiatrii, konsultacja psychologiczna, neurologiczna, wykonywanie badań obrazowych).

Mając na uwadze treść projektu, zasadnym wydaje się także odniesienie m.in. do liczby osób z wcześniej rozpoznaną depresją skierowanych na dalsze leczenie, liczby samobójstw oraz prób samobójczych wśród grupy docelowej, liczby hospitalizacji związanych z diagnostyką depresji, a także poziomu wydatków poniesionych przez ZUS w związku ze zwolnieniami lekarskimi albo z absencją pracowników (koszty pośrednie depresji). Przedstawione w treści projektu programu mierniki efektywności powinny określać także liczbę udzielonych konsultacji neurologicznych, neurochirurgicznych, liczbę przeprowadzonych badań obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny mózgu i EEG), a także liczbę pacjentów skierowanych do specjalistycznego oddziału chorób afektywnych. Należy również zaznaczyć, że wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu. Dlatego też ankieta sprawdzająca wzrost poziomu wiedzy w zakresie stosowania i interpretacji narzędzi przesiewowych (PHQ-9, CGI, PGI), oceny ryzyka samobójstwa i podstaw rozpoznawania depresji w przypadku pracowników ochrony zdrowia, a także ankieta sprawdzająca wzrost poziomu wiedzy nt. rozpoznawania i leczenia depresji w przypadku uczestników, powinna być przeprowadzona nie tylko po zakończeniu, ale także przed przystąpieniem do programu. Pociągnie to za sobą możliwość sprawdzenia czy poziom wiedzy rzeczywiście uległ zmianie.

Populacja docelowa

Populację programu stanowią osoby w wieku 20-40 oraz 50-65 lat (osoby w wieku aktywności zawodowej) w szczególności będą to osoby cierpiące na choroby przewlekłe oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi w historii choroby, kobiety w okresie około ciąży. Oszacowano, że do włączenia do programu w ciągu całego okresu jego trwania kwalifikuje się 2.735.965 osób – 1.356.084 mężczyzn i 1.379.881 kobiet, co wyliczono na podstawie odsetka osób z objawami zaburzeń nastroju i zaburzeń nerwicowych. Nie wskazano jednak ile ostatecznie osób planuje się włączyć do program. Wybór tych grup wiekowych, uzasadnia się faktem że pierwszy epizod depresji występuje najczęściej między 20-40 r.ż. Powołano się także na badania, które mówią, że po 50 r.ż. częstość występowania depresji, jak i stopień nasilenia objawów wyraźnie wzrastają (z uwagi na sumowanie się różnych czynników społecznych i psychologicznych, w mniejszym stopniu biologicznych).

Odnalezione rekomendacje kliniczne nie wskazują na konkretny wiek, w którym należy prowadzić badania przesiewowe w kierunku depresji. W przypadku rekomendacji popierających przesiew w kierunku depresji w populacji ogólnej, wskazuje się jedynie osoby dorosłe powyżej 18 r.ż. Oceniany program wyklucza osoby w wieku 41-49 lat, co nie ma żadnego uzasadnienia w odnalezionych rekomendacjach klinicznych.

Jako grupy wysokiego ryzyka wystąpienia depresji rekomendacje wskazują na:

- kobiety w ciąży i w okresie poporodowym;
- osoby, u których stwierdzono występowanie depresji w przeszłości, przypadki depresji w rodzinie lub inne zaburzenia psychiczne (obejmujące nadużywanie substancji);
- osoby chore przewlekłe;

- osoby z brakiem zatrudnienia, o niskim statusie socjoekonomicznym;
- osoby doświadczające przemocy domowej, o odmiennej orientacji seksualnej po traumatycznych przeżyciach z dzieciństwa
- osoby u których obserwuje się występowanie bezsenności, obniżonego nastroju, braku odczuwania przyjemności, myśli samobójcze.

Biorąc powyższe pod uwagę zasadnym wydaje się aby w projekcie nie ograniczano wieku potencjalnych uczestników mogących wziąć udział w programie, natomiast uwzględniono więcej czynników ryzyka wystąpienia depresji.

Drugą populacją wyróżnioną w programie są lekarze POZ, do których kierowane będą szkolenia. Szkoleniami ma być objętych 815 lekarzy (co stanowi 0,02% lekarzy POZ wykonujących zawód), jednak w projekcie nie opisano na jakich zasadach spośród wszystkich lekarzy POZ w Polsce (wg danych NIL suma lekarzy rodzinnych i lekarzy chorób wewnętrznych wykonujących swój zawód wynosi 39 978) zostaną oni wybrani. Podano jedynie informację, że placówki POZ zainteresowane udziałem w programie powinny zadeklarować liczbę lekarzy, którzy będą kierowani na szkolenia i będą współpracować z Ośrodkami Wczesnej Diagnostyki Depresji. Brakuje jednak wskazania ile placówek POZ ma być włączonych do programu. Kwestia oszacowania tej populacji i kwalifikacji do uczestnictwa w programie wymaga doprecyzowania.

Interwencja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

1. Edukacja kadry medycznej – lekarzy POZ (w tym utworzenie platformy współpracy);
2. Edukacja pacjentów;
3. Konsultacje lekarza POZ i konsultacje specjalistyczne w OWDD (w tym badania przesiewowe).

Ad. 1

W I etapie programu zostanie opracowany jednorodny program kursów szkoleniowych wprowadzających i doskonalących dla lekarzy POZ (określenie terminu szkoleń, zakresu merytorycznego, prowadzenie listy naboru). Szkolenia będą podzielone na szkolenia wstępne, obejmujące stosowanie i interpretację kwestionariuszy przesiewowych PHQ9, CGI i PGI oraz ocenę ryzyka samobójstwa, a także doskonalące, obejmujące zagadnienia dotyczące specyfiki leczenia zaburzeń depresyjnych w różnych grupach pacjentów (osoby z chorobą afektywną dwubiegunową, jednobiegunową, osoby z dodatkowymi chorobami somatycznymi itp.). Zakłada się także możliwość ewentualnego powtórzenia szkolenia. Szkolenia mają być prowadzone przez lekarzy psychiatrów i psychologów.

W przedstawionym w projekcie harmonogramie wstępuje niespójność z informacjami zawartymi w innym miejscu projektu. Pojawia się mianowicie informacja, że lekarze POZ będą prowadzić badania przesiewowe jeszcze przed przeszkoleniem wstępnym. Kwestia ta wymaga wyjaśnienia.

Przeprowadzenie szkoleń doskonalących/powtarzanie szkoleń jest zgodne z odnalezionymi rekomendacjami Unii Europejskiej z 2015 r., które mówią, że programy szkoleniowe dla personelu medycznego zmniejszają potencjalne uchybienia w przebiegu procesu leczenia depresji oraz przyczyniają się do zmniejszenia liczby samobójstw; programy krótkoterminowe nie pociągają za sobą długofalowych efektów, istnieje potrzeba kontynuacji edukacji. Do najlepszych elementów strategii programów na poziomie społeczeństwa powinno należeć szkolenie lekarzy POZ w rozpoznawaniu i leczeniu depresji oraz skłonności samobójczych (EU 2015).

W programie planuje się utworzenie platformy współpracy, w ramach której nawiązana zostanie współpraca z interesariuszami, w tym z przedstawicielami władz i organizacjami skupiającymi pacjentów z zaburzeniami psychicznymi poprzez: organizację spotkań z decydentami – budowanie i wspieranie wspólnych przedsięwzięć, zapoznanie osób odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia w Polsce z problemami dotyczącymi chorych na depresję, nawiązanie współpracy z przedstawicielami stowarzyszeń skupiających pacjentów chorych na depresję w kraju i w miarę

możliwości za granicą. Celem stworzenia platformy współpracy jest stała wymiana wiedzy i doświadczeń z zamiarem osiągnięcia wszystkich etapów programu i koordynacji działań finansowanych ze środków publicznych na wszystkich możliwych szczeblach. W związku z powyższym w ramach programu adresatami działań upowszechniających będą wszyscy interesariusze (m. in. departamentów zdrowia urzędów miast, urzędów marszałkowskich, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rozwoju, itp.). Wydaje się, że po części podobne zadania realizować będzie Rada ds. Oceny Programu, do obowiązków której będzie należeć: ocena realizacji programu, nadzór nad prowadzeniem systemu monitorowania uczestników programu, podsumowanie programu, analizę statystyczną i epidemiologiczną wyników programu. Nie jest także jasne na jakiej zasadzie będzie funkcjonować platforma współpracy, czy będzie to narzędzie dostępne online czy będą to cykliczne spotkania z interesariuszami. Kwestię tę należy doprecyzować.

Ad.2

Tytuł programu sugeruje, że w głównie będzie się skupiał na edukacji. Należy jednak zaznaczyć, że z treści projektu wynika, iż interwencja ta ograniczać się będzie jedynie do opracowania i rozdysponowania materiałów w postaci ulotki, broszury, plakatów informacyjnych dla pacjentów. Ich zakres tematyczny opracowany zostanie przy udziale Rady ds. Oceny i obejmować będzie m.in. informacje na temat przyczyn depresji, skutków braku leczenia depresji, metod leczenia depresji, kluczowych elementów wiedzy jaką powinien posiadać lekarz/pielęgniarka POZ. Warto zwrócić uwagę, że zaplanowana w ten sposób edukacja zdrowotna może okazać się niewystarczająca do osiągnięcia widocznych efektów w populacji. Uwzględniając cel główny programu, jakim jest wzrost świadomości wśród mieszkańców kraju interwencja ta powinna stanowić kluczową składową programu. Realizowana powinna być ona na wielu płaszczyznach i przy wykorzystaniu rozmaitych metod edukacyjnych, zarówno tych indywidualnych jak rozmowa z lekarzem, jak również grupowych spotkań, warsztatów oraz masowych środków przekazu jak Internet, media i spotkania z dużymi grupami odbiorców.

Ad.3

Kolejną interwencją są konsultacje lekarza POZ i konsultacje specjalistyczne w OWDD. Zadaniem lekarza POZ będzie wytypowanie ze swojej listy aktywnej pacjentów, osób które kwalifikują się do programu zgodnie z kryteriami kwalifikacji. Rolą lekarza będzie przeprowadzenie z nimi rozmowy oraz przekazanie materiałów edukacyjnych, a także wypełnienie kwestionariusza.

W projekcie nie wskazano co oznacza termin „aktywna lista”, co wymaga doprecyzowania. Kolejną niespójnością jest to, że w jednym miejscu projektu pojawia się informacja, że rolą lekarza POZ nie jest postawienie diagnozy, a niezwłoczne skierowanie pacjenta do specjalisty odpowiedzialnego za dalszą szczegółową diagnostykę, natomiast w innym miejscu projektu programu podaje się informacje, że gdy lekarz POZ wstępnie stwierdza depresję przy użyciu narzędzia przesiewowego (PHQ-9 oraz skale – Clinical Global Impression (CGI) oraz Patient Global Impression (PGI), potwierdza to rozpoznanie w badaniu klinicznym (wywiad i badanie przedmiotowe pacjenta), a następnie rozpoczął standardowe leczenie (leczenie pierwszego rzutu wybranym lekiem przeciwdepresyjnym przez okres 4-6 tyg., dobranym zgodnie z obrazem klinicznym depresji, typem choroby afektywnej, uwzględniając przeciwwskazania, interakcje i stan somatyczny pacjenta), ale w przewidzianym okresie (4-6 tygodni) leczenie to nie przyniosło spodziewanego skutku, to wskazuje to na konieczność pogłębienia diagnostyki (niewłaściwe rozpoznanie to jedna z istotnych przyczyn braku skuteczności leczenia depresji). Należy zatem jasno określić czy to lekarz POZ będzie ustalał leczenie czy za ostateczną diagnozę i dobór leczenia będzie odpowiedzialny lekarz psychiatra (w ramach e-konsultacji między lekarzem POZ a psychiatrą czy podczas bezpośredniej konsultacji pacjenta w OWDD).

Należy w tym miejscu podkreślić, że zgodnie z opinią eksperta klinicznego, decyzja o diagnozie, a tym samym o włączeniu leczenia należy zgodnie z przedstawionym projektem, do lekarza POZ, co niesie za sobą dużą specjalistyczną odpowiedzialność. Takie postępowanie wymagałoby przeszkolenia lekarzy POZ w zakresie nie tylko rozpoznawania depresji, ale również jej leczenia (choćby różnicowania leczenia depresji w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających jaki

i dwubiegunowych). Z tematyki szkoleń przedstawionej w projekcie można wnioskować, że program szkoleń obejmuje także kwestię leczenia. Istotne jest jednak podkreślenie, że w projekcie nie wskazano, czy umiejętności zdobyte przez lekarzy po przeprowadzonych szkoleniach będą w jakikolwiek sposób weryfikowane przed rozpoczęciem realizacji programu. Niesie to istotne ryzyko dla uczestników programu, którzy mogą zostać niewłaściwie zdiagnozowani i zakwalifikowani do dalszego postępowania.

Należy wskazać, że odnalezione rekomendacje nie są spójne co do zasadności prowadzenia badań przesiewowych w kierunku depresji w populacji ogólnej. Rekomendacje pozytywne wydane przez organizacje amerykańskie USPSTF 2016 oraz ICSI 2016 wskazują na możliwe korzyści płynące z przesiewu u kobiet ciężarnych, w okresie poporodowym i w populacji ogólnej osób dorosłych, jednak w populacji ogólnej dodatkowo w połączeniu z odpowiednim leczeniem, opieką i zapewnieniem dostępności do odpowiednio wyszkolonych specjalistów. Natomiast organizacje europejskie (m.in. UK NSC 2015, Minister Zdrowia, Hiszpania 2014) oraz kanadyjska (CTFPHC 2013) nie rekomendują badań przesiewowych w kierunku depresji w populacji ogólnej.

W odniesieniu do narzędzi przesiewowych w POZ tj. kwestionariusz PHQ-9 oraz skale – Clinical Global Impression (CGI) oraz Patient Global Impression (PGI) stanowią one możliwe do wykorzystania narzędzia przy ocenie ryzyka depresji. Ponadto do oceny ryzyka zachowań samobójczych zastosowana będzie skala depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale). Wykorzystanie kwestionariuszy/skal może dostarczyć dodatkowych informacji służących ocenie, lecz nie może to zastąpić wywiadu klinicznego. Narzędziami użytecznymi przy ocenie depresji mogą być: Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), 9-item (Brief) Patient Health Questionnaire (PHQ-9) oraz Beck Depression Inventory (BDI) (Minister Zdrowia, Hiszpania 2014).

Zgodnie z zaleceniami NICE 2016, należy być wyczulonym na ryzyko wystąpienia depresji (szczególnie wśród osób, w przypadku których w przeszłości występowała depresja lub przewlekłe problemy ze zdrowiem psychicznym). Rozważyć należy zadanie osobom z podejrzeniem depresji dwóch pytań: „czy w ostatnim miesiącu często męczyło Cię uczucie przygnębienia, beznadziei?”, „czy w ostatnim miesiącu doskwierało Ci niewielkie zainteresowanie lub przyjemność płynące z wykonywania danych czynności?”.

W programie planuje się utworzenie Ośrodków Wczesnej Diagnostyki Depresji (OWDD), które stanowią punkt konsultacyjny działający na bazie specjalistycznego ambulatorium leczenia zaburzeń afektywnych (nie wymagający tworzenia osobnej infrastruktury). Ośrodek zatrudniać będzie psychiatrów i psychologów specjalizujących się w diagnostyce i leczeniu zaburzeń afektywnych ze szczególnym podkreśleniem choroby afektywnej dwubiegunowej. Zgodnie z informacjami zawartymi w projekcie OWDD prowadzi pogłębioną diagnostykę i pomaga w dokonaniu wyboru właściwej metody leczenia, a następnie kieruje pacjentów na leczenie. W projekcie brak jest jednak opisu zasad tworzenia i funkcjonowania OWDD, nie jest do końca jasne kto miałby być odpowiedzialny za funkcjonowanie tych ośrodków oraz ile ośrodków na terenie kraju zostanie utworzonych. Wymaga to doprecyzowania.

Pacjentów do OWDD kierują lekarze POZ. Nie jest jednak jasne czy będą to pacjenci ze wstępnym rozpoznaniem depresji, czy też pacjenci po nieskuteczności leczenia na etapie POZ. Kwestia stawiania rozpoznania depresji i kierowania do dalszego postępowania w OWDD została szczegółowo opisana wcześniej. OWDD ma możliwość pogłębienia diagnostyki depresji przy pomocy: przeprowadzenia e-konsultacji z udziałem lekarza specjalisty oraz prowadzenia badań specjalistycznych. OWDD będzie również miało możliwość kierowania pacjentów do oddziału całodobowego, dziennego.

W ramach OWDD przewiduje się 3 linie konsultacji. Pierwsza linia konsultacji to e-konsultacja (drogą mailową/wideokonsultację, ewentualnie telefonicznie), które dedykowane będą lekarzom POZ. Będą to konsultacje między lekarzami POZ a psychiatrami z OWDD, które z założenia mają udzielać informacji od specjalisty w ciągu 24h od wpłynięcia zapytania. W projekcie wspomina się także o prowadzeniu portalu z możliwością odpowiedzi na pytania dotyczące depresji lekoopornej oraz

udostępniania najnowszych wyników badań na ten temat, jednak nie wskazuje się, czy jest to jeden z elementów programu. Kwestia ta nie zostaje w żaden sposób rozwinięta.

Druga linia konsultacji to osobiste badanie pacjenta przez konsultanta ośrodka – specjalistę psychiatrę. Jeśli na podstawie badania konsultant jest w stanie podjąć decyzję dotyczącą rozpoznania, to udziela właściwej odpowiedzi lekarzowi POZ i dołącza do niej sugestie dotyczące postępowania terapeutycznego. Jeśli konsultant uzna, że jest to niemożliwe, to kieruje pacjenta do trzeciej linii.

Trzecia linia to diagnostyka pogłębiona obejmująca konsultację psychologiczną, neurologiczną, neurochirurgiczną, badania obrazowe (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny mózgu i EEG). Jeśli jest to konieczne np. ze względu na potrzebę dłuższej obserwacji chorego, to w ramach działań trzeciej linii może również nastąpić skierowanie pacjenta do specjalistycznego oddziału chorób afektywnych. W projekcie nie sprecyzowano w jakich sytuacjach, jakim konkretnie pacjentom wykonywane będą zaproponowane badania obrazowe. Nie przedstawiono także algorytmu postępowania prowadzącego do wykonania ww. badań ani do przeprowadzenia konsultacji neurologicznych i neurochirurgicznych. Nie wiadomo zatem na jakich zasadach odbywać się będą interwencje 3 linii.

Odnalezione rekomendacje dot. badań przesiewowych w kierunku depresji oraz w postępowaniu z pacjentem z depresją nie odnoszą się w żaden sposób do konsultacji neurologicznych i neurochirurgicznych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego mózgu ani EEG. Są to badania specjalistyczne i wykraczają poza zakres programu, którego celem są interwencje przesiewowe oraz edukacja. Dodatkowo należy zaznaczyć, że badania te generują duże koszty całkowite.

Warto również wskazać, że zgodnie z informacjami na stronie NHS, w Wielkiej Brytanii, jeżeli dany pacjent podejrzewa u siebie depresję może samodzielnie wypełnić interaktywny kwestionariusz, przedstawiający wynik (po wypełnieniu kwestionariusza online od razu wyświetla się wynik z poradą m.in. czy należy udać się do lekarza) i ewentualna poradę dot. zgłoszenia się do lekarza pierwszego kontaktu, który przedstawi dalsze zalecenia. Oceniany program nie przewiduje stworzenia kwestionariusza przesiewowego możliwego do wypełnienia przez każdą osobę online, a następnie w przypadku nieprawidłowego wyniku udanie się do lekarza pierwszego kontaktu. Rozwiązanie takie stanowiłoby wartość dodaną do programu, mając na uwadze, że problemy chorób psychicznych stanowią problem wstydlivy, co może wpływać na niechęć pacjentów do informowania lekarza o ewentualnym złym samopoczuciu w tym obszarze.

W odniesieniu do e-konsultacji odnaleziono wytyczne i rekomendacje zwracającą szczególną uwagę na kwestię bezpieczeństwa przekazywania danych drogą elektroniczną. Kwestia ta powinna zostać uwzględniona przy realizacji planowanych e-konsultacji.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, że Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii, w swojej recenzji programu, stwierdza, że wątpliwość budzi udzielanie porad przez specjalistę psychiatrę na podstawie przedstawionego problemu przez lekarza POZ. Taka sytuacja zakłada bowiem, że decyzję dot. postępowania z pacjentami lekarz psychiatra podejmować będzie na podstawie wyników badania prowadzonego przez lekarza POZ, nie zaś osobistym zbadaniu pacjenta. Takie postępowanie budzi wątpliwości w kontekście braku weryfikacji umiejętności lekarzy POZ w zakresie rozpoznawania depresji oraz prowadzenia wywiadu psychiatrycznego.

W odniesieniu do funkcjonującego Programu Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020 oceniany program uzupełnia go o populację mężczyzn w wieku 20-40 lat oraz kobiety i mężczyzn w wieku 50-65 lat. Natomiast powiela objęcie działaniami populacji kobiet po urodzeniu dziecka w wieku 20-40 lat. Obydwa programy przewidują badania przesiewowe w kierunku depresji w ramach POZ; obowiązujący Program Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020 dodatkowo angażuje w badania przesiewowe pielęgniarki szkolne oraz personel oddziałów położniczych i geriatrów. Ponadto w ramach Programu Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020 przewidziana jest edukacja ogółu społeczeństwa (podniesienie świadomości społecznej w zakresie depresji, metod radzenia sobie

w przypadku wystąpienia objawów oraz uwrażliwienia społecznego na osoby z depresją (eliminowanie zjawiska stygmatyzacji).

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie oceny zgłaszalności, jakości świadczeń oraz oceny efektywności programu. W treści projektu podkreślono również, że wskaźniki monitorowania oraz oczekiwane efekty realizacji programu poddane zostaną szczegółowej analizie epidemiologicznej i statystycznej.

Ocena zgłaszalności do programu będzie obejmowała: liczbę przeszkolonych lekarzy POZ, liczbę pacjentów ocenionych za pomocą kwestionariusza PHQ-9, liczbę przeprowadzonych e-konsultacji, a także liczbę osób przebadanych w ramach profilaktyki wstępnej i działań pogłębionych. Ważnym jest, aby wskazane w sposób ogólny działania wstępne i pogłębione uwzględniały także podział na konkretne badania (m.in. rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, EEG) oraz konsultacje/porady specjalistyczne. Monitorowaniu podlegać ma również liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie. Ponadto, wskazano, że weryfikowane będą powody rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu. Wskazane działania należy uznać za zasadne, wnioski płynące z wdrożonej weryfikacji mogą zostać bowiem wykorzystane do ograniczenia podobnych sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Ocena jakości świadczeń w programie odbędzie się na podstawie załączonych do projektu ankiet satysfakcji pacjenta oraz lekarza POZ. Ponadto, przeprowadzona zostanie ocena jakości dokumentacji medycznej w zakresie jej kompletności. Warto zaznaczyć, że również korespondencja mailowa wymieniana pomiędzy lekarzami (zawierająca informacje związane z procesem diagnozy bądź leczenia) powinna być w całości drukowana oraz dołączana do dokumentacji medycznej jako jej część. Za monitorowanie jakości świadczeń w programie odpowiedzialna powinna być także Rada ds. Oceny Programu.

Ocena efektywności przeprowadzona zostanie na podstawie wskazanych w treści projektu mierników efektywności. Należy jednak zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki wymagają uzupełnienia, co zostało szczegółowo skomentowane w części dot. celów i mierników efektywności. Warto podkreślić, że ocena efektywności programu jest istotna zarówno z punktu wpływu na zdrowie populacji, jak i kwestii planowania przyszłych programów polityki zdrowotnej. W treści projektu „sugeruje się przeprowadzenie ewaluacji efektywności w dłuższej perspektywie czasu (np. po roku od zakończeniu programu)”. Ewaluacja powinna trwać jeszcze kilka lat po zakończeniu programu, co w przypadku nowych rozwiązań systemowych jest bardzo ważne (charakter pilotażowy).

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera opis poszczególnych etapów, jednak informacje te zostały przedstawione w sposób nieuporządkowany i niespójny.

W projekcie wskazano, że po zakończeniu udziału w programie uczestnicy będą mogli korzystać z działań informacyjnych i szkoleniowo-edukacyjnych podczas każdej wizyty u lekarza POZ. Wynika z tego, że będzie to działanie w ramach NFZ, niekoniecznie u lekarza, który uczestniczył w programie i będzie odpowiednio przeszkolony w tym zakresie.

Ponadto wskazano, że pacjent z rozpoznaną depresją objęty programem będzie mógł kontynuować leczenie w POZ u swojego lekarza rodzinnego lub w Poradni Zdrowia Psychicznego u lekarza psychiatry i psychologa w ramach kontraktu z NFZ. Należy zauważyć, że program spowoduje pojawienie się większej liczby pacjentów wymagających opieki psychologicznej lub lekarza POZ w tym zakresie, przez co przyczyni się do dodatkowego obciążenia systemu opieki zdrowotnej (zwiększenie kolejek do specjalisty). Dodatkowo po utworzeniu OWDD na bazie istniejącej już infrastruktury Poradni Zdrowia Psychicznego, istnieje ryzyko pogłębienia się problemu niewystarczającej liczby specjalistów a także wydłużenia kolejek oczekujących do poradni. Działanie takie może wprowadzić także nierówność w dostępie do świadczeń, gdyż z OWDD skorzystać będą mogły tylko osoby kwalifikujące się do programu.

Ośrodki realizujące program (realizatorzy) zostaną wyłonione na podstawie konkursu organizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Wnioskodawca pokrótce opisał wymagania dot. przychodni POZ oraz OWDD, które będą mogły brać udział w realizacji programu.

W projekcie programu przedstawiono koszt całkowity jego przeprowadzenia wynoszący 15 mln PLN. W sposób pobieżny odniesiono się natomiast do planowanych kosztów jednostkowych (wyszczególniono 14 kategorii). Przedstawione oszacowania kosztów jednostkowych zostały oszacowane na podstawie średnich cen konsultacji i badań specjalistycznych w Polsce (uwzględniono rynek usług prywatnych, jak i cenę porad oraz badań specjalistycznych świadczonych przez NFZ). Jednocześnie w treści projektu zaznaczono, że pozostałe procedury wysokospecjalistyczne (m.in. hospitalizacja w oddziale psychiatrycznym stacjonarnym/dziennym, elektrowstrząsy) finansowane będą w ramach NFZ.

Należy podkreślić, że nie przedstawiono liczby poszczególnych interwencji planowanych do przeprowadzenia. W części dot. kosztów nie odniesiono się do prowadzenia planowanych działań edukacyjnych (szkoleń wstępnych oraz doskonalących) skierowanych do lekarzy POZ. Nie określono liczebności grup szkoleniowych, liczby godzin przewidzianych na szkolenia (wskazano jedynie, że w odstępach ok. półrocznych przeprowadzone zostaną dwa szkolenia doskonalące; zaznaczono również, że istnieje możliwość powtarzania szkoleń wstępnych), a także liczby wynajmowanych pomieszczeń.

Dodatkowo, w projekcie nie przedstawiono kosztów związanych z promocją programu, m.in. wydrukiem ulotek, broszur, plakatów informacyjnych. Z uwagi na populacyjny zakres planowanych działań oraz przewidywaną dużą liczbę uczestników należy wziąć pod uwagę, że koszty związane z informowaniem potencjalnych uczestników mogą stanowić istotny punkt w budżecie programu.

Nie odniesiono się również do kosztów prowadzenia wskazanego w treści projektu portalu internetowego, za pomocą którego świadczone mają być e-konsultacje.

Trudno zweryfikować budżet całkowity programu, ponieważ podano tylko całkowitą sumę 15 mln zł bez podziału na koszty całkowite poszczególnych interwencji pomnożone przez liczbę wykonanych badań (liczbę pacjentów objętych interwencjami programu) lub wydatki na poszczególne lata. Ciężko jest także określić, ile osób przebadanych przez lekarza POZ zostanie skierowanych do lekarza specjalisty i będzie miało wykonaną dalszą diagnostykę. Warto zaznaczyć, że poddany ocenie projekt programu nie zawiera kosztów z podziałem na lata jego realizacji.

Program będzie współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego, a także pogorszenie funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji. Badania epidemiologiczne pokazują, że 25-33% osób w populacji boryka się w danym roku z występującym zaburzeniem psychicznym. Około 10-20% wszystkich przypadków może zostać ocenionych jako przejawiające ciężkie zaburzenia - zazwyczaj są to osoby, u których współwystępują różne zaburzenia psychiczne, a ich przebieg ma charakter przewlekły. Zaburzenia nastroju, w tym głównie depresja, dotyczą ok. 10% populacji.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej dostępne są w ramach świadczeń gwarantowanych i obejmują zarówno diagnostykę jak i leczenie. Realizowane są one w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, ustanowiono Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 określający strategię działań mających na celu:

- 1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- 2) 2) kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Kolejnym programem realizowanym na szczeblu krajowym jest Program Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020. Głównym celem programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu będzie się odbywać na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmą:

- 1) opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju;
- 2) promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa;
- 3) profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania (depresja poporodowa, depresja młodzieńcza, depresja osób w podeszłym wieku).

Program ten jest skierowany od dzieci i młodzieży do 19 r.ż., do kobiet po urodzeniu dziecka oraz do osób starszych po 65 r.ż.

Ocena technologii medycznej

W toku wyszukiwania odnaleziono następujące wytyczne kliniczne:

- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2016),
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2016)
- UK National Screening Committee (UK NSC 2015)
- Minister Zdrowia, Hiszpania 2014
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC 2013)
- The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2016)
- The National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)
- European Union (EU 2015)
- Ontario Psychological Association (OPA 2015)
- American Medical Association (AMA 2015)
- Raport „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska” (EZOP 2012)

Badania przesiewowe w kierunku depresji

Odnalezione rekomendacje nie prezentują spójnego stanowiska odnośnie zasadności prowadzenia przesiewu w kierunku depresji w populacji ogólnej. Rekomendacje pozytywne wydane zostały przez organizacje amerykańskie (USPSTF 2016 oraz ICSI 2016). W przeglądzie systematycznym O'Connor 2016, który dostarczył dowodów naukowych dla wydania rekomendacji USPSTF 2016, stwierdzono, że ogół dowodów naukowych popiera korzyści płynące z przesiewu u kobiet ciężarnych, w okresie poporodowym i w populacji ogólnej osób dorosłych, jednak w populacji ogólnej dodatkowo w połączeniu z odpowiednim leczeniem, opieką i zapewnieniem dostępności do odpowiednio wyszkolonych specjalistów. Natomiast w przeglądzie systematycznym Thombs 2014 stwierdza się, że obecnie nie ma dowodów z dobrze zaprojektowanych i prowadzonych badań RCT pokazujących potencjalne korzyści z przesiewu w kierunku depresji u kobiet będących w ciąży lub w okresie poporodowym. Wytyczne australijskie podkreślają, że skryning powinien być prowadzony wyłącznie w sytuacjach, gdy proces leczenia wspierany będzie przez innych specjalistów, a dalsza opieka oraz koordynacja przebiegu leczenia zostaną zapewnione.

Organizacje europejskie (.in.. UK NSC 2015, Minister Zdrowia, Hiszpania 2014) oraz kanadyjska (CTFPHC 2013) nie rekomendują badań przesiewowych w kierunku depresji w populacji ogólnej. Zwraca się jednak uwagę na to, że lekarze powinni być czujni na możliwość wystąpienia depresji, szczególnie w przypadku pacjentów z czynnikami ryzyka. in.m.in. kobiety w ciąży oraz w okresie

poporodowym; występowanie depresji w przeszłości; przypadki depresji w rodzinie; inne zaburzenia psychiczne, obejmujące nadużywanie substancji; choroby przewlekłe; brak zatrudnienia; niski status socjoekonomiczny; wszyscy członkowie rodziny, którzy doświadczyli przemocy domowej; osoby o odmiennej orientacji seksualnej, bezsenność, obniżony nastrój, brak odczuwania przyjemności, myśli samobójcze).

W odniesieniu do osób starszych w przeglądzie O'Connor 2016 dla USPSTF stwierdzono, że żadne z badań obejmujących osoby starsze nie wykazało korzyści z programu badań przesiewowych. Natomiast w przeglądzie Keshavarz 2013 dla CTFPHC stwierdzono, że programy badań przesiewowych wykazywały zapobiegawczy efekt w zakresie całkowitej liczby samobójstw (dokonanych) wśród populacji osób starszych (powyżej 60 r.ż.) jednak jakość dowodów oceniono jako niską wg klasyfikacji GRADE, oraz programy te dotyczyły populacji japońskiej, gdzie wskaźnik samobójstw wśród osób starszych jest 7-krotnie wyższy niż w populacji amerykańskiej (przegląd dostarczył dowodów naukowych dla opracowania rekomendacji kanadyjskich).

W zakresie narzędzi służących rozpoznaniu depresji lekarze powinni używać kryteriów DSM-5 w celu zdiagnozowania depresji, uporczywych zaburzeń depresyjnych, innych określonych i nieokreślonych zaburzeń depresyjnych (ICSI 2016). Testem powszechnie stosowanym w USA jest Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ - Patient Health Questionnaire).

Należy być wyczulonym na ryzyko wystąpienia depresji (szczególnie wśród osób, w przypadku których w przeszłości występowała depresja lub przewlekłe problemy ze zdrowiem psychicznym). Rozważyć należy zadanie osobom z podejrzeniem depresji dwóch pytań: „czy w ostatnim miesiącu często męczyło Cię uczucie przygnębienia, beznadziei?”, „czy w ostatnim miesiącu doskwierało Ci niewielkie zainteresowanie lub przyjemność płynące z wykonywania danych czynności?” (NICE 2016).

Narzędziami użytecznymi przy ocenie depresji mogą być również: Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), 9-item (Brief) Patient Health Questionnaire (PHQ-9) oraz Beck Depression Inventory (BDI)

W przypadku opieki podstawowej, gdy podczas rutynowego badania lekarz zauważa symptomy świadczące o depresji, zaleca się zadanie dwóch pytań – dotyczących nastroju i zdolności odczuwania radości – celem oceny możliwości obecności zaburzeń depresyjnych. Jeśli uzyskana odpowiedź jest pozytywna zaleca się przeprowadzenie dalszej oceny psychopatologicznej (Minister Zdrowia, Hiszpania 2014).

Rekomendacja NICE 2016 wskazuje, że gdy diagnozuje się osobę, u której może występować depresja, przeprowadzona powinna zostać kompleksowa ocena, która będzie się opierała nie tylko na liczbie objawów. Pod uwagę należy wziąć zarówno stopień zaburzeń czynnościowych i/lub niezdolności związanej z możliwością występowania depresji oraz czasem trwania epizodu.

Jeśli istnieje taka potrzeba, powinna zostać zapewniona współpraca z niezależnymi osobami, które zajmą się interpretacją danych przypadków (tj. z osobami, które nie są znane pacjentowi z depresją).

Gdy ocenie podlega osoba, u której występować może depresja, należy rozważyć konsultacje z odpowiednim specjalistą celem opracowania planu i strategii leczenia. W przypadku osób z ciężką depresją, depresją umiarkowaną oraz złożonymi problemami, należy rozważyć skierowanie do opieki specjalistycznej, gdzie usługi świadczone będą przez wielodyscyplinarny zespół.

Jak wskazuje RACGP 2015 interwencje psychologiczne w przypadku pacjentów z depresją w stopniu od łagodnego do umiarkowanego powinny być dostarczane wyłącznie przez odpowiednio przeszkolonych lekarzy (stosowne podejście oparte na dowodach). Pierwszą linią leczenia powinna być psychoterapia. Pierwszą linią leczenia w przypadku osób z depresją w stopniu od umiarkowanego do ciężkiego (podobnie jak w przypadku osób z chronicznymi zaburzeniami depresyjnymi) powinno być połączenie farmakoterapii oraz psychoterapii.

Postępowanie w przypadku depresji u osób dorosłych powinno być przeprowadzane jako model opieki etapowej, wykorzystującej współpracę opieki podstawowej oraz specjalistycznej z zakresu psychiatrii, tak aby interwencje i leczenie były dostosowane do stanu pacjenta.

Ośrodki Wczesnego Wykrywania Depresji

Nie odnaleziono informacji dot. funkcjonowania takich ośrodków w innych krajach. Odnaleziono natomiast informacje, że rozpoznawanie i leczenie depresji (prewencja depresji i samobójstw) w grupach ryzyka w ramach POZ odbywa się w Bułgarii, Dani, Łotwie, Holandii, Szwecji i Wielkiej Brytanii oraz dodatkowo w ramach specjalistycznej opieki – w Bułgarii, Danii, Estonii, Niemczech, na Łotwie, Holandii, Wielkiej Brytanii.

Warto zaznaczyć, że w Europie prowadzony jest duży projekt European Alliance Against Depression – EAAD finansowany przez Unię Europejską, którego głównym celem jest poprawa opieki oraz optymalizacja leczenia pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi i zapobiegania zachowaniom samobójczym, jednak z odnalezionych informacji nie obejmuje on tworzenia ośrodków wczesnej diagnostyki depresji. Projekt jest realizowany w 17 krajach europejskich (w Polsce nie jest realizowany). W ramach tego projektu promowane jest podejście uwzględniające: warsztaty dla lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie rozpoznawania i leczenia depresji, kampanię na rzecz zwiększania świadomości depresji wśród ogółu społeczeństwa, pacjentom, osobom w grupach wysokiego ryzyka wystąpienia depresji, krewnym tych osób przekazywane są tzw. „Emergency Cards”, które zapewniają bezpośredni i szybki dostęp do profesjonalnej pomocy, koordynatorzy w społeczności i inni interesariusze są odpowiedzialni za warsztaty edukacyjne skierowane do różnych grup docelowych odgrywających istotną rolę w rozpowszechnianiu wiedzy nt. depresji (np. pracownicy służby zdrowia, księża, doradcy, policja).

Szkolenia kadry medycznej

Jak wskazują wytyczne EU 2015 programy szkoleniowe dla personelu medycznego zmniejszają potencjalne uchybienia w przebiegu procesu leczenia depresji oraz przyczyniają się do zmniejszenia liczby samobójstw. Jednak programy krótkoterminowe nie pociągają za sobą długofalowych efektów, istnieje potrzeba kontynuacji edukacji. Konieczne są także dalsze badania w celu wyjaśnienia najbardziej skutecznych elementów programów edukacyjnych .

Wieloetapowe programy na poziomie społeczeństwa (multi-level community-based programs) zawierają skuteczne narzędzia zapobiegania i leczenia depresji; do najlepszych elementów ich strategii powinno należeć szkolenie lekarzy POZ w rozpoznawaniu i leczeniu depresji oraz skłonności samobójczych.

Usługi e-zdrowotne

Interwencje e-zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego są skuteczne w przypadku postępowania w depresji w stopniu od łagodnego do umiarkowanego oraz w zaburzeniach lękowych. Obecnie istnieją także dowody, które wskazują, że usługi e-zdrowotne w omawianym obszarze mogą być skutecznie rozpowszechniane w opiece podstawowej. Konieczne są dalsze badania dot. najbardziej skutecznych sposobów wdrażania interwencji e-zdrowotnych w praktyce ogólnej (RACGP 2015).

Osobiste informacje odnoszące się do stanu zdrowia danej osoby nie powinny być przekazywane drogą mailową, jeśli brak jest odpowiedniego zabezpieczenia. Informacje o dużym stopniu prywatności powinny być wysyłane w formie zaszyfowanego załącznika. Wiadomości zawierające informacje związane z procesem diagnozy bądź leczenia powinny być w całości drukowane oraz dołączane do dokumentacji medycznej jako jej część (OPA 2015). Lekarze powinni pamiętać, że standardy związane z prywatnością oraz poufnością danych dot. pacjenta muszą być utrzymywane w każdym otoczeniu, włączając w to kontakt online; lekarze nie powinni zamieszczać w Internecie informacji, które mogą wpłynąć na identyfikację danego pacjenta (AMA 2015). Powyższe znajduje także odzwierciedlenie w polskim prawie dot. ochrony danych osobowych.

Promocja zdrowia psychicznego

Zgodnie z wytycznymi EZOP 2012 promocja zdrowia psychicznego nie może być ograniczona do edukacji publicznej. Kwestie związane ze zdrowiem psychicznym należy uwzględniać także w programach rozwoju społeczno-gospodarczego kraju. Należy przygotować modelowe programy promocji zdrowia psychicznego dla społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni. Oprócz promocji adresowanej do ogółu ludności, działań promocyjnych wymagają środowiska i ludzie

o niskim kapitale społecznym, osoby bez pracy – nie tylko bezrobotni, ale także emeryci, renciści i gospodynie domowe, osoby pozbawione stałego partnera – szczególnie po rozwodzie lub śmierci partnera.

Na szczególną uwagę zasługują województwa o najwyższym rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych (zwłaszcza woj. łódzkie, świętokrzyskie, lubelskie oraz dolnośląskie i lubuskie). Specyficznej promocji zdrowia wymagają duże ośrodki miejskie.

W ramach promocji zdrowia powinno się zadbać o informację powiększającą wiedzę o zaburzeniach psychicznych, przeciwdziałać stereotypom, stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.440.2.2017 „Ogólnopolski Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji” realizowany przez: Ministra Zdrowia, Warszawa, marzec 2017, oraz Aneksiem do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 83/2017 z dnia 3 kwietnia 2017 roku o projekcie programu „Ogólnopolski Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji” Ministra Zdrowia