

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 35/2021 z dnia 23 czerwca 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci
i młodzieży ze szkół podstawowych”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Ponadto, opiniowany projekt realizuje następujący priorytet: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469), a także odnosi się do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

Rekomendacje USPSTF 2016 (U.S. Preventive Services Task Force), wskazują na niemożność oceny korzyści i ryzyka związanego z planowanymi do przeprowadzenia interwencjami na podstawie dostępnych dowodów naukowych dla części wskazanej populacji (dzieci poniżej 11 lat). Jednocześnie badania przesiewowe są zalecane u dzieci w wieku powyżej 11-12 lat. Dlatego też wskazana jest modyfikacja planowanej do objęcia populacji docelowej tak, aby była zgodna z wytycznymi. Projekt mógłby objąć dzieci i młodzież np. w wieku 11-15 lat czy alternatywnie w wieku 11-18. Wszelkie zmiany należy również ująć w szacowanej liczbie uczestników programu oraz uaktualnieniu punktu dotyczącego planowanych kosztów.

Ze względu na charakter choroby, powinno się dołożyć wszelkich starań, aby informacje m.in. o kwalifikacji oraz udziale w konsultacjach specjalistycznych; były traktowane z należytą ostrożnością. Ma to na celu zmniejszenie ryzyka oraz uniknięcie spotkania się ze stygmatyzowaniem czy odrzuceniem przez grupę rówieśników. Uczestnicy programu powinni czuć się swobodnie i bezpiecznie, żeby w pełni zaangażować się w terapię i móc odnieść płynące z niej korzyści.

Ponadto należy mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych ze środków publicznych w ramach świadczeń gwarantowanych.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości warto uwzględnić w opisie projektu poniższe uwagi odnoszące się do założeń programu:

- Cel główny wymaga wskazania uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

- Cele szczegółowe wymagają przeformułowania.
- Opis mierników efektywności należy uzupełnić tak, aby odpowiadały wszystkim celom programu i umożliwiły jego ewaluację.
- W planowanych interwencjach należy uwzględnić przeprowadzenie pre- i post-testów, aby zweryfikować poziom wiedzy uzyskanej podczas działań edukacyjnych i szkoleniowych.
- Należy doprecyzować, czy badanie przesiewowe będzie prowadzone przy użyciu jednakowego, wybranego (z zaproponowanych w projekcie) kwestionariusza dla wszystkich uczestników.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania depresji wśród dzieci i młodzieży. Całkowity budżet programu oszacowano na a 124 150 zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2021-2022.

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. z 2020 r., poz. 1398 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

Opiniowany program częściowo realizuje następujący priorytet zdrowotny: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469). Jest on również zbieżny z celem Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020: „profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa”, a także odnosi się również do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

Oceniany projekt odnosi się do złożonego problemu zdrowotnego, jakim jest depresja występująca wśród dzieci i młodzieży. Przedstawiono dane statystyczne dot. zaburzeń psychicznych i depresji oraz ich definicje wraz z możliwymi rodzajami. Odniesiono się do kwestii objawów, metod leczenia, a także istotności profilaktyki i edukacji.

Projekt programu zawiera również opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali ogólnopolskiej, regionalnej i lokalnej. Odwołano się do map potrzeb zdrowotnych z zakresu zaburzeń psychicznych.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z NICE 2017, zaburzenia zachowania częściej dotyczą chłopców niż dziewcząt – występują one u 7% chłopców oraz 3% dziewcząt w przedziale wiekowym 5-10 lat. W przypadku nastolatków w przedziale wiekowym 11-16 lat odsetek ten wzrasta do 8% u chłopców oraz 5% u dziewcząt. Co istotne zaburzenia zachowania często współwystępują z innymi problemami natury psychicznej: 46% chłopców i 36% dziewcząt ma co najmniej jeden współistniejący problem z zakresu zdrowia psychicznego.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych, w 2016 roku w województwie lubuskim odnotowano 0,28 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji, co stanowiło 3,16% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby psychiczne. W województwie lubuskim odnotowano największą liczbę hospitalizacji na 100 tys. dzieci.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie o co najmniej 10% zachorowalności i umieralności z powodu zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży mieszkających w mieście Żary”. Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny składa się z dwóch odrębnych założeń. Nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) „wzrost świadomości o 20% wśród dzieci i młodzieży z miasta Żary w latach 2021-2022 w zakresie występowania zaburzeń depresyjnych, ich profilaktyki oraz diagnostyki”
- 2) „objęcie co najmniej 10% dzieci z populacji docelowej terapiami z zakresu zaburzeń depresyjnych w latach 2021-2022”.

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 polityki zdrowotnej. Cel nr 1 dotyczący zwiększenia świadomości jest w istocie niemierzalny. Możliwy byłby pomiar poszerzenia wiedzy uczestników, jednak w projekcie zaplanowano przeprowadzenie tylko jednego testu, co nie pozwoli na realną ocenę przyrostu wiedzy. Cel nr 2 został sformułowany nieprawidłowo, w postaci działania. Tym samym założenia szczegółowe programu wymagają korekty.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) „liczba dzieci i młodzieży zamieszkałej na terenie miasta Żary, którzy wzięli udział w programie – zakładana wartość to min. 20% wskazanej w programie populacji”,
- 2) „liczba dzieci i młodzieży z miasta Żary, u których wykryto wcześniej niezdiagnozowane zaburzenia depresyjne – zakładany wzrost o co najmniej 10% wg danych z programu oraz NFZ dotyczących chorobowości i hospitalizacji”,
- 3) „liczba dzieci i młodzieży, rodziców/opiekunów prawnych dzieci z miasta Żary uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej zaburzeń depresyjnych i zdrowia psychicznego – zakładane min. 25% wskazanej w programie populacji”
- 4) „ocena jakości udzielanych świadczeń przeprowadzanych akcji edukacyjnych i szkoleniowych poprzez weryfikacje ankiet wypełnionych przez uczestników programu – zakładane min. 50% poziomu satysfakcji uczestników programu”.

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. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji. Wskaźniki nr 1, 3 i 4 nie odnoszą się do celów programu, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Wskaźnik nr 2 nie spełnia funkcji mierników efektywności, natomiast może zostać wykorzystany podczas ewaluacji.

Reasumując, cel główny wymaga doprecyzowania a cele szczegółowe wymagają przeformułowania zgodnie z powyższymi uwagami. Punkt dotyczący mierników efektywności wymaga uzupełnienia.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci i młodzież w wieku 7-15 lat ze szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Miasto Żary, a także w zakresie edukacji rodzice/opiekunowie prawni dzieci, nauczyciele, psycholodzy i pedagodzy ze szkół podstawowych.

Na podstawie danych Wydziału Spraw Obywatelskich i Zarządzania Kryzysowego określono populację na poziomie 3 524 dzieci w 2021 r. oraz 3 124 dzieci w 2022 r. Następnie założono, że u 2% przyjętej populacji może występować depresja, tj. odpowiednio 70 i 60 dzieci w latach 2021-2022. Wskazana liczba dzieci stanowi potencjalną liczebność grupy docelowej do objęcia działaniami terapeutycznymi z powodu zaburzeń depresyjnych. Zaznaczono także, że zgodnie z badaniami naukowymi dot. wzrostu zachorowalności wśród dzieci i młodzieży, 25% z powyższej grupy może chorować na zaburzenia depresyjne, co daje odpowiednio 20 i 15 osób, które będą wymagały objęcia procesem terapeutycznym. Ponadto założono, że w ramach działań edukacyjnych udział w programie weźmie ok. 3 000 dzieci i młodzieży oraz 3 000 rodziców/opiekunów prawnych, a w przypadku działań szkoleniowych - ok. 260 nauczycieli, pedagogów i psychologów.

Kryteria włączenia do programu obejmują:

- zamieszkiwanie na terenie Żar; wiek od 7 do 15 lat, bycie uczniem szkoły podstawowej, dla których organem założycielskim jest Miasto Żary; złożenie pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział w programie;
- w przypadku działań edukacyjnych - bycie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka uprawnionego do udziału w programie;
- w przypadku działań szkoleniowych - bycie nauczycielem/pedagogiem/psychologiem szkoły podstawowej, dla której organem założycielskim jest Miasto Żary.

Kryteria wyłączenia z programu mają stanowić: objęcie opieką poradni psychologicznej, poradni psychiatrycznej w zakresie obejmującym działania zaplanowane w programie w czasie jego trwania; uzyskiwanie świadczeń z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz dziennych psychiatrycznych.

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencjami zaplanowanymi w programie są:

- działania informacyjno-rekrutacyjne,
- działań edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów prawnych,
- działania szkoleniowe dla nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych,
- telefon zaufania,
- działania z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń psychicznych u zakwalifikowanych osób.

Działania informacyjno-rekrutacyjne

W projekcie wskazano, że akcja informacyjna będzie oparta na informacjach prasowych, plakatach i ulotkach informacyjno-edukacyjnych. Tematyka materiałów informacyjnych ma obejmować: charakterystykę skuteczności terapii psychologicznych wśród dzieci i młodzieży, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych, przedstawienie możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku występowania zaburzeń depresyjnych m.in. z możliwości rozmowy w ramach telefonu zaufania. Rekrutacja do programu będzie polegała na weryfikacji osób dopuszczonych do udziału w programie według kryteriów włączenia/wyłączenia. W tym etapie będą przyjmowane również pisemne zgody rodziców/opiekunów prawnych uczestników programu.

Działania edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów prawnych

Wskazano, że akcja edukacyjna dla dzieci i młodzieży będzie miała formę spotkania-warsztatów w podziale na dwie grupy dzieci z klas I-IV i młodzieży z klas V-VIII. Zaznaczono, że technika i forma przekazu informacji zostanie dostosowana do wieku odbiorców. Uczestnikom akcji edukacyjnej będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące specyfiki zaburzeń depresyjnych oraz stresu w szkole zarówno podczas nauczania stacjonarnego, jak i zdalnego, jego następstw zdrowotnych, skuteczności odpowiednio wcześniej podjętego leczenia, a także wskazanie czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych.

W projekcie zaznaczono również, że akcja edukacyjno-promocyjna będzie prowadzona poprzez ulotki, plakaty, informacje w mediach lokalnych oraz konferencje połączone z konsultacjami, które będą zorganizowane dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci. Ponadto akcja informacyjna będzie prowadzona przez nauczycieli, wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych poprzez m.in. lekcje wychowawcze, na których dzieci/młodzież dowiedzą się o możliwości skorzystania w ramach programu z terapii zaburzeń depresyjnych, telefonu zaufania oraz możliwości uzyskania pomocy u specjalistów.

Zaznaczono także, że w trakcie konsultacji poprzez rozmowy z rodzicami/opiekunami prawnymi nastąpi wstępna kwalifikacja osób, które będą włączone do dalszego etapu programu, tj. diagnozy i terapii.

Wskazano, że konferencje zostaną przeprowadzone dla wszystkich chętnych rodziców/opiekunów prawnych z grupy docelowej. Mają one odbywać się raz w roku realizacji programu w każdej szkole podstawowej, dla której organem założycielskim jest Miasto Żary. Podkreślono również, że konsultacje będą odbywać się po konferencjach, na których specjalista po rozmowie ze zgłaszającym się rodzicem/opiekunem prawnym będzie miał możliwość przeprowadzenia wstępnej oceny występowania u dziecka zaburzeń depresyjnych. Zaznaczono, że dalsza diagnoza będzie odbywać się na spotkaniach indywidualnych, a konsultacje będą również przeprowadzane indywidualnie po zgłoszeniu się uczestnika do programu.

W projekcie zaznaczono, że uczestnicy działań edukacyjno-informacyjnych (zarówno dzieci i młodzież jak i rodzice/opiekunowie prawni dzieci) będą poddani badaniom poziomu wiedzy za pomocą testu. Należy jednak zaznaczyć, że w projekcie wskazuje się przeprowadzenie tylko jednego testu wiedzy. W związku z powyższym, aby zmierzyć realny przyrost wiedzy uczestników należy przeprowadzić wśród uczestników dwa testy (pre-test i post-test).

Towarzystwa naukowe American Academy of Pediatrics (AAP 2018), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017) i European Psychiatric Association (EPA 2012) zalecają przeprowadzanie programów edukacyjnych promujących zdrowie psychiczne oraz nakierowane na tematykę depresji. Rekomendacje NICE 2017 wskazują, że przekazywana wiedza powinna być dostosowana do wieku odbiorcy i powinna przedstawiać etiologię, przebieg oraz zasady leczenia depresji, włączając w to informację dotyczącą skutków ubocznych stosowania leków. Ponadto, zgodnie z przedstawionymi poniżej opiniami ekspertów, świadomość społeczną najłatwiej modyfikować poprzez działania edukacyjne (zwiększenie wiedzy). Wskazano, że najskuteczniej wiedzę tę można przekazać poprzez organizowanie kampanii na rzecz zmiany postaw wobec choroby oraz psychicznie chorych, a także poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Dodatkowo zaznaczono, że w zakresie populacji niezwykle ważne wydaje się prowadzenie działań edukacyjnych w wyodrębnionych grupach młodzieży.

Działania szkoleniowe dla nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych

Zaznaczono, że dla nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych zostaną przeprowadzone działania informacyjno-szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych. Uczestnikom szkolenia będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące m.in. specyfiki zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych, stresu w szkole; zarówno podczas nauczania stacjonarnego, jak i zdalnego, występujących wśród dzieci i młodzieży, jego następstw zdrowotnych, skuteczności odpowiednio wcześniej podjętych działań prewencyjnych, konsekwencji zaniedbań diagnostycznych i bagatelizowania objawów chorobowych, a także wskazanie czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych.

Podkreślono, że planuje się przeprowadzenie jednej akcji szkoleniowej na jedną placówkę oświatową. Forma szkolenia i liczebność grup zostanie opracowana przez realizatora programu. Wskazano również, że przeszkolona kadra po konsultacji i za zgodą rodzica/opiekuna prawnego dziecka będzie miała możliwość wskazania dziecka do objęcia programem.

Należy zaznaczyć, że dla tej grupy docelowej nie zaplanowano przeprowadzenia pre-testu i post-testu, co w związku z charakterem planowanej interwencji, powinno mieć miejsce.

Telefon zaufania

W programie wskazano, że dzieci i młodzież będą mogli uzyskać wsparcie i pomoc psychologiczną w ramach telefonu zaufania. Osoby o odpowiednich kwalifikacjach będą pełniły dyżur udzielając pomocy psychologicznej przez 3 godz./5 dni w tygodniu.

Działania z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń psychicznych

Kwalifikacja do konsultacji specjalistycznych

Zaznaczono, że włączenie do tego etapu będzie odbywało się poprzez wstępną konsultację ze specjalistą na konferencjach edukacyjnych, jak i w trakcie zgłoszeń przez kadrę pedagogiczną przy współpracy z rodzicami, w trakcie rozmów w ramach telefonu zaufania oraz po zgłoszeniu indywidualnym bezpośrednio do realizatora programu.

Konsultacja specjalistyczna i ustalenie planu terapii

Wskazano, że specjalista wykona wstępną ocenę sytuacji klinicznej pacjenta w kierunku wykrycia depresji poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi diagnostycznych, m.in. kwestionariuszy dostosowanych do wieku dzieci i młodzieży, obserwacji oraz wywiadu z dzieckiem i rodzicem/opiekunem prawnym dziecka. W projekcie zaznaczono, że wykorzystane zostaną takie kwestionariusze jak:

- dla młodzieży: kwestionariusz zdrowia pacjenta PHQ-9, skala depresji Becka, skala depresji CES-D,
- dla dzieci młodszych: kwestionariusz MFQ (dla dzieci w wieku 8 lat i starszych), kwestionariusz CDI 2 (dla dzieci w wieku 7 lat i starszych).

Odniesiono się również do wytycznych NICE 2017, według których specjaliści z dziedziny leczenia depresji u dzieci mają możliwość przeprowadzenia wywiadu przy użyciu narzędzi takich jak wywiad K-SADS (The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) czy CAPA (The Child and Adolescent Psychiatric Assessment).

Podkreślono, że rozpoznanie i kwalifikacja do dalszych działań terapeutycznych opierać będzie się na ocenie klinicznego prawdopodobieństwa występowania zaburzeń psychicznych, oszacowanych za pomocą klasyfikacji ICD-10: F „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” (F00-F99) oraz kwalifikacji DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Uczestnicy programu, u których stwierdzono występowanie zaburzeń depresyjnych zostaną włączeni do dalszych etapów programu. W procesie diagnostycznym, w przypadku konieczności stwierdzonej przez specjalistę, zostanie zebrany wywiad rodzinny. Specjalista określi właściwą metodę leczenia, w tym objęcie pacjenta psychoterapią. Osoby te odbędą wizytę w obecności rodzica/opiekuna prawnego, a w razie konieczności również na osobności. Wytyczne AAP 2018, NICE 2017 i Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2017) wskazują, że istotnym elementem diagnostyki jest zebranie wywiadu rodzinnego.

Należy zaznaczyć, że niektóre rekomendacje np. AAP 2018 wskazują, aby umożliwić pacjentowi odbycie wizyty na osobności. Podczas procesu konsultacyjnego zostanie uczestnikowi wskazana terapia indywidualna lub rodzinna.

W przypadku wynikającej z diagnozy konieczności stosowania innej metody leczenia zaburzeń depresyjnych nieobjętej programem, zostanie ona wskazana uczestnikowi. W leczeniu zaburzeń depresyjnych będą wykorzystywane różne metody psychoterapeutyczne w zależności od potrzeb pacjenta.

W przeglądzie systematycznym z metaanalizą Cuijpers 2006 dotyczącym psychologicznej terapii u dzieci w wieku 7-18 lat, wyłonionych w badaniach przesiewowych (prowadzonych przy użyciu kwestionariuszy) w szkołach, wskazano, że efekt interwencji wyniósł $SDM=0,578$, można zatem uznać, że był w przedziale między umiarkowanym a dużym. NNS (Number Needed to Screen) wyliczone z 4 badań (8 interwencji), które prezentowały potrzebne dane, został oszacowany na 31 (95% CI 27-32). Zatem zgodnie z wynikami przeglądu, w celu zdiagnozowania i wdrożenia leczenia jednego przypadku depresji należy poddać badaniom przesiewowym 31 osób. W dyskusji autorzy wskazują, że badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania. Wyrażają równocześnie obawy, że mogą pojawić się negatywne efekty takiego postępowania, takie jak możliwość stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych.

Rekomendacje potwierdzają zasadność stosowania badań przesiewowych w kierunku wykrywania depresji u dzieci powyżej 11 r.ż. (NICE 2017) lub 12 r.ż. (AAP 2018, USPSTF 2016). Należy jednocześnie zaznaczyć, że zgodnie z rekomendacjami USPSTF 2016 dostępne dowody naukowe są niewystarczające do oceny korzyści i szkód związanych ze skryningiem w kierunku dużej depresji u dzieci w wieku 11 lat i młodszych. Rekomendacje RACGP 2017 wskazują na możliwość wykonywania skryningu przeprowadzanego za pomocą kwestionariuszy w populacji dzieci już od 7 r.ż., zaznaczając jednak, że liczba dostępnych narzędzi jest ograniczona.

Część z zaproponowanych przez wnioskodawcę kwestionariuszy (PHQ-9, skala depresji Becka, skala depresji CES-D) znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach i dowodach naukowych. USPSTF w przeglądzie systematycznym wykonywanym na potrzeby przygotowania rekomendacji z 2016 r. odnalazło 5 badań wysokiej jakości dotyczących zasadności stosowania narzędzi skryningowych w kierunku wykrycia depresji u dzieci i młodzieży. Jedno badanie dotyczyło porównania wyników kwestionariusza PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) z pełnym wywiadem diagnostycznym przeprowadzonym przez psychiatrę. Inne badania dotyczyły wykorzystania kwestionariuszy BDI (Beck Depression Inventory), CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) oraz CIS-R (Clinical Interview Schedule-Revised). Wszystkie 5 badań dotyczyło młodzieży, nie odnaleziono badań dla populacji dzieci poniżej 11 r.ż. W badaniu analizującym kwestionariusz PHQ-A zaobserwowano najwyższą wartość predykcyjną dodatnią. Czułość kwestionariusza wyniosła 73%, a swoistość 94%. W badaniach dotyczących skali depresji Becka odnotowano czułość na poziomie 84-90% i swoistość 81-86%. Zgodnie z wynikami dwóch badań, czułość kwestionariusza CES-D wahała się od 18% do 84%, a swoistość od 38% do 83%. Według danych zawartych w rekomendacji dwa najczęściej wykorzystywane narzędzia to kwestionariusz PHQ-A oraz skala depresji Becka (BDI).

W przypadku dzieci młodszych RACGP 2017 rekomenduje np. kwestionariusz MFQ (Mood Feeling Questionnaire) – dla dzieci w wieku 8 lat i starszych oraz kwestionariusz CDI 2 (Children Depression Inventory 2) – dla dzieci w wieku 7 lat i starszych. Rekomendacje NICE 2017 wskazują natomiast, że profesjonaliści medyczni, którzy specjalizują się w leczeniu depresji u dzieci powinni mieć możliwość przeprowadzenia wywiadu z pacjentem przy użyciu narzędzi takich jak K-SADS (Kiddie-Sads Interview) czy CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment).

W projekcie programu nie doprecyzowano czy badanie przesiewowe będzie prowadzone przy użyciu jednakowego, wybranego (z zaproponowanych przez wnioskodawcę) kwestionariusza dla wszystkich uczestników.

Sesje terapeutyczne

W projekcie programu zaznaczono, że w poszczególnych latach realizacji, przewiduje się odbycie przez uczestnika do 12 spotkań terapeutycznych zgodnie z wytycznymi specjalisty. Powyższe spotkania mogą przebiegać w poradniach, gabinetach współpracujących z wykonawcą programu, środowisku lokalnym lub innych miejscach, w których przebywa uczestnik, a pozwalają na realizację terapii.

Przeprowadzenie ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego u osób, które uzyskały w badaniu przesiewowym wynik wskazujący na występowanie depresji jest zgodne z rekomendacjami AAP 2018 i RACGP 2017.

Spotkanie podsumowujące

Po otrzymaniu wsparcia terapeutycznego oraz przeprowadzeniu cyklu spotkań terapeutycznych zostanie przeprowadzone spotkanie podsumowujące, na którym specjalista dokona podsumowania cyklu terapii oraz udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub pracy w domu. Podkreślono, że w przypadku zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań objętych programem, osoby te będą poinformowane o konieczności i możliwości wykonania badań uzupełniających oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych, które mogą być wykonywane w ramach kontaktu z NFZ.

Należy zauważyć, iż część interwencji zawartych w ocenianym projekcie programu jest dostępna w ramach świadczeń gwarantowanych w AOS (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) oraz z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień²⁹ (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.)). Oceniany program wydaje się być również spójny merytorycznie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

Podsumowując, działania zaplanowane w ramach programu w większości są zgodne z aktualnymi rekomendacjami klinicznymi w przedmiotowym zakresie. Jednakże zgodnie z rekomendacjami USPSTF 2016 dostępne dowody naukowe są niewystarczające do oceny korzyści i szkód związanych ze skryningiem w kierunku dużej depresji u dzieci w wieku 11 lat i młodszych. Należy mieć również na uwadze, że istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że 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 natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu ma zostać przeprowadzona na podstawie: „liczby uczestników w porównaniu do założonej liczby populacji docelowej” oraz „liczby osób, które zgłosiły chęć uczestnictwa w programie, ale z różnych względów zrezygnowały z udziału w nim”.

Wskazano również, że w raporcie końcowym z realizacji programu, składanym w każdym roku przez realizatora, znajdą się następujące wskaźniki: „liczba zgód na udział w programie”, „liczba wykonanych konsultacji specjalistycznych”, „liczba spotkań terapeutycznych”, „liczba spotkań podsumowujących”, „liczba spotkań edukacyjnych”, „liczba przeprowadzonych akcji szkoleniowych”, „liczba uczestników terapii”, „liczba uczestników działań edukacyjnych” oraz „liczba nauczycieli biorących udział w szkoleniu”. W punkcie dotyczącym mierników efektywności przedstawiono wskaźniki nr 1, 3 i 4, które można zastosować w procesie monitorowania.

W ramach monitorowania zgłaszalności do programu należy analizować co najmniej: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie zostanie przedstawiona na podstawie wyników ankiet satysfakcji. Do projektu załączono wzór ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu ma zostać przeprowadzona na podstawie: „liczby dzieci i młodzieży, które wzięły udział w programie w porównaniu do zakładanego poziomu w miernikach efektywności”, „liczby dzieci i młodzieży, u których wykryto wcześniej niezdiagnozowane zaburzenia depresyjne w porównaniu do zakładanego poziomu”, „liczby dzieci i młodzieży, uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej zaburzeń depresyjnych i zdrowia psychicznego – zakładane min. 20% populacji”, „liczby rodziców/opiekunów prawnych, uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej zaburzeń depresyjnych i zdrowia psychicznego – zakładane min. 20% populacji” oraz „jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników”. Należy zaznaczyć, że część zaproponowanych wskaźników odnosi się bardziej do monitorowania. W punkcie dotyczącym mierników efektywności przedstawiono wskaźnik nr 2 mający zastosowanie w procesie ewaluacji.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej.

Warunki realizacji

W projekcie opisano etapy i działania podejmowane w ramach programu oraz przedstawiono informacje dotyczące warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wskazano m.in., że „realizator programu musi dysponować wymaganą kadrą, pomieszczeniami oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych procedur medycznych”.

Odniesiono się również do akcji informacyjnej, która została szczegółowo opisana w części dot. działań informacyjno-edukacyjnych.

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

Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie na prośbę uczestnika na każdym jego etapie.

Całkowity budżet programu oszacowano na 124 150 zł, a w koszty jednostkowe na kwotę 1 500 zł (konsultacje specjalistyczne (2h) – 200 zł, sesje terapeutyczne (12 sesji x 100 zł) – 1 200 zł, podsumowanie terapii – 100 zł). Wyszczególniono również koszty związane z: telefonem zaufania –

50 zł/1h, działaniami edukacyjnymi dla rodziców/opiekunów prawnych – konferencja (6 szkół x 300 zł) – 1 800 zł, działaniami edukacyjnymi dla dzieci/młodzieży – spotkanie-warsztat (6 szkół x 2 spotkania x 400 zł) – 4 800 zł, działaniami szkoleniowymi (6 szkół x 500 zł) – 3 000 zł oraz działaniami informacyjnymi (plakaty i ulotki) – 500 zł w 2021 r. i 1 250 zł w 2022 r.

Monitorowanie i ewaluacja programu mają zostać wykonane przez pracownika z ramienia organizatora w ramach obowiązków służbowych.

Program będzie finansowany ze środków miasta Żary. W projekcie programu wskazano, że ostateczna wysokość kosztów jednostkowych poniesionych na uczestnika programu będzie zależała od indywidualnych potrzeb diagnostycznych poszczególnych osób biorących udział w programie. Miasto będzie ubiegała się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie na podstawie art. 48d ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Dane dotyczące odsetka dzieci i młodzieży wykazującego zaburzenia psychiczne, w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej, są dość zgodne w wielu krajach i oscylują w granicach 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży.

W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.

Występowanie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży wykazuje tendencję wzrostową, zwłaszcza w zakresie całościowych zaburzeń rozwoju (spektrum zaburzeń autystycznych) oraz zaburzeń zachowania (zwłaszcza wśród dziewcząt). Niepokojąca jest w Polsce liczba dokonanych samobójstw w latach 2012 i 2013, po okresie względnej stabilizacji, oraz dramatyczny wzrost ostrych przyjęć nastolatków po próbach samobójczych na oddziały szpitalne, co wydłuża okres oczekiwania na miejsce w trybie planowym do wielu tygodni.

Należy podkreślić, że zmienia się również obraz kliniczny zaburzeń afektywnych (częściej w ich przebiegu dochodzi do zachowań agresywnych), a także zamierzonych samookaleczeń, prób samobójczych w epizodach depresyjnych, co wymaga większego zaangażowania służb psychiatrycznych w leczenie.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane obejmują świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.

W ramach wskazanej opieki pacjentom bezpłatnie przysługują:

- warunki stacjonarne: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne (m.in. przedmioty ortopedyczne), wyżywienie (z zastrzeżeniem art. 18 ustawy), edukacja i konsultacje dla rodzin;
- warunki dzienne: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wyżywienie, edukacja i konsultacje dla rodzin;

- warunki ambulatoryjne: świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki niezbędne w stanach nagłych, edukacja i konsultacje dla rodzin.

W Polsce prowadzony jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022. Wśród jego celów głównych wymienić należy:

- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb;
- prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;
- monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

Kolejnym programem, który realizowany był na szczeblu krajowym jest Program Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020. Głównym celem programu był wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu odbywała się na trzech etapach działań.

Działania te swoim zakresem obejmowały: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju; promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz 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

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Dot. prowadzenia badań przesiewowych:

Rekomenduje się skryning w kierunku wykrycia dużej depresji (MDD – Major Depressive Disorder) u młodzieży w wieku 12-18 lat. Skryning powinien być zaimplementowany w taki sposób, który umożliwi postawienie diagnozy i wdrożenie efektywnego leczenia. Obecnie dostępne dowody naukowe są niewystarczające do oceny korzyści i szkód związanych ze skryningiem w kierunku dużej depresji u dzieci w wieku 11 lat i młodszych (USPSTF 2016).

Dzieci w wieku 11 lat (NICE 2017)/12 lat (AAP 2018) i starsi powinni być poddani badaniu przesiewowemu w kierunku wykrycia depresji, przy użyciu kwestionariusza przeznaczonego do samodzielnego wypełnienia.

Osoby, które uzyskały w teście diagnostycznym wynik pozytywny (niezależnie czy był to skryning populacyjny czy oportunistyczny) oraz osoby, u których obserwuje się zaburzenia emocjonalne lub u których występuje duże ryzyko wystąpienia depresji, mimo uzyskania wyniku negatywnego w badaniu przesiewowym, powinny być zbadane przez lekarza. Klinicyści powinni ocenić objawy wskazujące na depresję zgodnie z kryteriami zawartymi w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) lub kryteriami ICD-10 i przeprowadzić badanie pacjenta przy użyciu wystandaryzowanych narzędzi (jeśli nie zostały wykonane na etapie skryningu) (AAP 2018).

Dot. wykorzystywanych narzędzi stosowanych w badaniach przesiewowych:

Skale i wystandaryzowane wywiady oparte na klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 są narzędziami powszechnie wykorzystywanymi w skryningu i ocenie występowania depresji u dzieci. Liczba kwestionariuszy dla dzieci poniżej 12 r.ż. jest

ograniczona. Rekomenduje się, np. kwestionariusz MFQ (Mood Feeling Questionnaire) – dla dzieci w wieku 8 lat i starszych oraz kwestionariusz CDI 2 (Children Depression Inventory 2) – dla dzieci w wieku 7 lat i starszych (RACGP 2017).

Profesjonaliści medyczni, którzy specjalizują się w leczeniu depresji powinni mieć możliwość przeprowadzenia wywiadu z pacjentem przy użyciu narzędzi takich jak K-SADS (Kiddie-Sads Interwiew) czy CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment) (NICE 2017).

Występuje kilka narzędzi skryningowych możliwych do wykorzystania w podstawowej opiece zdrowotnej. Dwa najczęściej wykorzystywane to kwestionariusz PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) oraz skala depresji Becka (BDI – Beck Depression Inventory) (USPSTF 2016).

Dot. szkoleń personelu medycznego:

Klinicyści powinni być zachęceni do odbywania szkoleń z zakresu diagnostyki i leczenia depresji (AAP 2018, NICE 2017).

Szkolenie powinno obejmować ocenę czynników ryzyka, takich jak: wiek; płeć; nieporozumienia rodzinne; znęcanie się; nadużycia fizyczne, seksualne i emocjonalne; choroby współistniejące (w tym stosowanie narkotyków i alkoholu); występowanie depresji u rodziców. Ponadto powinno się szkolić w kierunku wykrywania czynników, takich jak: bezdomności, posiadania statusu uchodźcy, życia w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (NICE 2017).

Profesjonaliści medyczni w podstawowej opiece zdrowotnej, szkołach i innych jednostkach powinni być zaznajomieni z metodami przesiewowymi w kierunku wykrywania zaburzeń nastroju (NICE 2017).

Dot. wzmacniania zdrowia psychicznego:

Chcąc wzmacniać zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, należy przede wszystkim:

- wspierać rodziny – zarówno na poziomie kompetencji wychowawczych, ochrony zdrowia psychicznego rodziców, jak też stosując regulacje prawne umożliwiające rodzicom spędzanie większej ilości czasu ze swoimi dziećmi, by relacje rodzinne oparte na skutecznej komunikacji, monitoringu i wzajemnym wsparciu stanowiły czynnik chroniący zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży;
- wspierać szkoły – dbać o odpowiednie przygotowanie kadry pedagogicznej do wzmacniania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz stwarzać odpowiednie warunki do pracy (mniejsze szkoły, mniej liczne klasy, odpowiedni klimat i etos szkoły);
- pracować z dziećmi i młodzieżą nad podnoszeniem ich umiejętności życiowych, umożliwiających efektywne radzenie sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia; szczególnie ważne jest uczenie prawidłowego porozumiewania się i umiejętności interpersonalnych, podejmowania decyzji i krytycznego myślenia, radzenia sobie ze stresem i kierowania emocjami, a także budowanie poczucia własnej wartości i pozytywnej samooceny;
- zapobiegać dyskryminacji osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego (BAS 2014).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

Zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej uznane źródło niepełnosprawności i kosztów w opiece zdrowotnej, jest działaniem wysoce umotywowanym (Merry 2007).

Badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania. Równocześnie istnieją obawy, że niezbadane są ujemne efekty takiego postępowania, głównie możliwość stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych. Przed rutynowym zastosowaniem tego typu postępowania należy dokładniej zbadać długofalowe efekty

programu, efekty możliwe do osiągnięcia w rzeczywistej praktyce i jego kosztową efektywność (Cuijpers 2006).

W zakresie redukcji objawów depresyjnych przed/po interwencji, w metaanalizie wyników programów celowanych (5 programów) wykazano istotną statystycznie poprawę: SMD -0,26 (95% CI -0,40 do -0,13). Choć programy uniwersalne (3 programy) nie wykazały istotnej statystycznie efektywności, metaanaliza ich wyników w porównaniu z wynikami programów celowanych wykazała SMD -0,26 (95% CI -0,36 do -0,15). Metaanaliza redukcji objawów depresyjnych ocenianych w dłuższym czasie obserwacji nie wykazała istotnych statystycznie różnic, choć 1 program celowany, oceniany po 36 miesiącach był granicznie skuteczny: wykazał SMD -0,29 (95% CI -0,56 do -0,01) (Merry 2007).

W zakresie wskaźnika zapadalności na depresję, programy celowane (3 programy) wykazały się istotną statystycznie skutecznością tuż po interwencji: w metaanalizie różnica ryzyka (RD) wyniosła -0,13 (95%CI -0,22 do -0,05), podobnie jak w programach uniwersalnych. Po 12 miesiącach programy celowane, w odróżnieniu od uniwersalnych, osiągnęły graniczną istotną statystycznie efektywność (RD -0,12, 95%CI -0,24 do -0,01), po 24 i 36 miesiącach nie udało się wykazać istotnego statystycznie efektu (Merry 2007).

Programy celowane są efektywniejsze niż uniwersalne i selektywne (choć należy docenić wartość niektórych, dobrze poprowadzonych programów uniwersalnych). Interwencje prowadzone przez profesjonalistów są skuteczniejsze, choć mogą być droższe niż prowadzone przez nauczycieli (Calear 2009).

Podsumowanie opinii ekspertów

Zaburzenia depresyjne i zaburzenia nerwicowe wymagają obok innych form leczenia (farmakoterapii) głównie pomocy psychologicznej i psychoterapii - często jako wiodącej formy interwencji leczniczej.

Należy nadać większe znaczenie potrzebie kompleksowego oddziaływania w profilaktyce leczenia depresji.

Konieczne jest prowadzenie systematycznej, planowej psychoedukacji i równoległych do farmakoterapii oddziaływań psychoterapeutycznych. W procesie tym powinni być uwzględnieni psychoterapeuci, psychologowie, pedagodzy (w szkołach i innych placówkach oświatowych), jako osoby prowadzące profilaktykę i działania pomocowe w zakresie udzielania interwencji psychologicznej i psychoterapii.

Istotnym jest, aby podejmowane działania miały charakter ciągły.

Świadomość społeczną najłatwiej modyfikować poprzez działania edukacyjne (zwiększenie wiedzy).

Najskuteczniej można przekazać tę wiedzę poprzez organizowanie kampanii na rzecz zmiany postaw wobec choroby oraz chorych psychicznie, a także prowadzenie określonych działań profilaktycznych

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm), z uwzględnieniem Aneksu do raportów szczegółowych „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r., raportu AOTMiT nr OT.431.36.2021 „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych” realizowany przez: Miasto Żary, czerwiec 2021. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 79/2021 z dnia 21 czerwca 2021 roku o projekcie programu „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”.