



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 25/2022 z dnia 13 maja 2022 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program**  
**rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi”**  
**(woj. wielkopolskie)**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny program rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest depresja występująca wśród dzieci i młodzieży. Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego, a także pogorszenie funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji.

Działania zaplanowane w projekcie wpisują się w cel Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025: „*promocja zdrowia psychicznego*”, a także są zgodne z odnalezionymi rekomendacjami. Oceniany program dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności:

- poprawnie sformułować cele i mierniki efektywności;
- uzupełnić projekt o szczegóły dotyczące zajęć rekreacyjnych prowadzonych podczas turnusu rehabilitacyjnego;
- skorygować nieścisłość dot. kwestionariusza oceny w zakresie funkcjonowania psychologicznego;

Należy dążyć do koordynacji działań w programie z innymi interwencjami w zakresie opieki ambulatoryjnej, środowiskowej i szkolnej oraz dążyć do kontynuacji działań po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego, w tym objęcie opieką w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego rekomendowanych w założeniach reformy psychiatrii dzieci i młodzieży.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki



zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia. To ryzyko powinno być należycie zabezpieczone i opisane w projekcie.

Ponadto 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 i poufnością. Powyższe ma na celu zmniejszenie ryzyka oraz uniknięcie spotkania się ze stygmatyzowaniem czy odrzuceniem przez grupę rówieśników. Uczestnicy programu powinni czuć się swobodnie i bezpiecznie, aby móc w pełni zaangażować się w terapię i odnieść płynące z niej korzyści.

## **Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej województwa wielkopolskiego w zakresie rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi. Program ma być realizowany w latach 2023-2025, a całkowity jego koszt oszacowano na 3 616 668 mln zł.

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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

## **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

### Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest depresja u młodzieży. W dokumencie przedstawiono informacje z zakresu zdrowia psychicznego, m.in. definicję oraz komponenty zdrowia psychicznego. Odniesiono się do zaburzeń nastroju, w tym depresji, a także jej powiązania z samobójstwami. Wskazano również przyczyny, objawy oraz wpływ depresji na codzienne funkcjonowanie dzieci i młodzieży.

Warto podkreślić, że opiniowany projekt jest zbieżny z celem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025: „*promocja zdrowia psychicznego*”.

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Nie budzą one zastrzeżeń.

W treści projektu przedstawiono europejskie, ogólnopolskie oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Wskazano, że według WHO łączna liczba osób żyjących z depresją na świecie wynosi 350 mln, stanowi ona 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności na świecie. W dokumencie zaznaczono, że statystyki światowe wskazują, że od 10% do 20% dzieci i młodzieży cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne, a samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w tej grupie wieku. Zaprezentowano także dane dot. liczby osób, które cierpią z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego oraz współczynnik zgonów z powodu samobójstw. W programie odniesiono się do nieaktualnej mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ), co wymaga skorygowania.

W MPZ na lata 2022-2026 wskazuje się, że w 2019 r. ze świadczeń opieki psychiatrycznej korzystało 148,8 tys. pacjentów poniżej 18. roku życia, z czego 38% to dziewczynki. W ramach rekomendowanych kierunków działań dla Polski wskazano m.in. że „*od kilku lat rozpoznawana słabość systemu w kwestii opieki psychiatrycznej, zarówno osób dorosłych, jak i małoletnich, zapoczątkowała zmiany, które należy kontynuować, zwiększając ich tempo. Rekomendowane jest otwarcie kolejnych CZP (Centrów Zdrowia Psychicznego) oraz wprowadzanie założeń reformy psychiatrii dzieci i młodzieży z nieodzowną koniecznością otwarcia nowych placówek leczenia we wszystkich formach*”.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „ograniczenie liczby prób samobójczych do 10% wśród osób uczestniczących w turnusie rehabilitacyjnym w okresie jego trwania i do 6 miesięcy po zakończeniu udziału wśród objętych świadczeniami opieki zdrowotnej z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz 3 miesięcy wśród nieobjętych takimi świadczeniami”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. W ocenianym dokumencie nie uzasadniono wskazanej w celu głównym wartości docelowej, co wymaga uzupełnienia. Ponadto, proponuje się rozważenie zmiany celu głównego programu. Interwencje zaplanowane w projekcie mają szerokie spektrum efektów zdrowotnych i koncentracja wyłącznie na zdarzeniu prób samobójczych może nie odzwierciedlać pełnego spektrum zdarzeń istotnych dla oceny efektywności programu.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „wzrost u co najmniej 10% osób uczestniczących w programie, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych sprawności psychicznej i społecznej”;
- (2) „zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych, redukujących ryzyko podjęcia próby samobójczej, u co najmniej 75% uczestników programu, poprzez prowadzone działania edukacyjne”;
- (3) „zapewnienie min. 90% zakwalifikowanym do programu udziału w turnusie rehabilitacyjnym”.

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. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a w treści projektu powinno znaleźć się uzasadnienie dla przyjętych wartości. Cel nr 3 sformułowany niewłaściwie w postaci działania. Dwa pozostałe są zapisane prawidłowo i wydają się możliwe do zrealizowania ze względu na zaplanowane działania edukacyjne w tym przeprowadzanie pre-i post-testu.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba prób samobójczych”;
- (2) „liczba osób uczestniczących w badaniu lekarskim kwalifikującym do programu”;
- (3) „liczba osób zakwalifikowanych do programu”;
- (4) „odsetek osób, które wzięły udział w turnusach rehabilitacyjnych w programie”;
- (5) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla osób uczestniczących w turnusach rehabilitacyjnych w programie”;
- (6) „odsetek osób, u których doszło do poprawy sprawności psychospołecznej, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami”.

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, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Połowa mierników została sformułowana nieprawidłowo jako dane zbierane w ramach monitorowania (mierniki nr 2, 3 i 4) pozostałe nie wzbudzają zastrzeżeń. W przypadku skorygowania celu głównego należy zaprojektować dla niego odpowiednie mierniki efektywności.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga skorygowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą dzieci i młodzież w wieku od 13 do 18 r.ż. dotknięte problemem zaburzeń nastroju z rozpoznaniem epizodu depresyjnego (ICD-10: F32) i depresji nawracającej (ICD-10: F33), które w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie korzystały z turnusu rehabilitacyjnego. W dokumencie wskazano, że w województwie wielkopolskim liczba osób w wieku do 18 r.ż. wynosi 681 826, w tym powyżej 13 r.ż. – 178 601. Należy zaznaczyć, że według danych GUS, liczba osób w wieku 13-18 lat zamieszkująca woj. wielkopolskie to 212 015. W projekcie na podstawie danych epidemiologicznych oszacowano, że populacja docelowa wynosi 35 720 osób, jednak z uwagi na ograniczenia budżetowe programem objętych zostanie 120 osób rocznie (w czasie trwania 3-letniego programu - 360 osób).

W ocenianym dokumencie przedstawiono kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz wyłączenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

### Interwencja

W projekcie programu zaplanowano:

- kwalifikację do programu (konsultację psychiatryczną i psychologiczną);
- indywidualny plan rehabilitacyjny (sesje psychoterapii indywidualnej i rodzinnej);
- turnus rehabilitacyjny (sesje psychoterapii grupowej, wsparcia psychospołecznego, zajęć edukacyjnych, zajęć rekreacyjnych);
- działania informacyjne.

### *Konsultacja psychiatryczna*

Konsultacja psychiatryczna obejmować ma: badanie podmiotowe (tj. wywiad lekarski) oraz przedmiotowe, analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania epizodu depresyjnego (ICD-10: F32) lub zaburzenia depresyjnego nawracającego (ICD-10: F33). W ramach wizyty zaplanowano także analizę dokumentacji medycznej potwierdzającej zakończenie leczenia właściwego ww. zaburzeń lub dotychczasowego leczenia, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie (m.in. ciężka depresja, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe), a także uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w programie. Podczas wizyty zostaną wydane na piśmie zalecenia lekarskie oraz informacje o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii i/lub psychoterapeucie, z którego świadczeń korzysta pacjent lub ewentualne zalecenie konsultacji specjalistycznej wraz ze wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie.

### *Konsultacja psychologiczna*

Konsultacja realizowana przez psychologa dla zakwalifikowanych uczestników, obejmować będzie wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności społecznej pacjenta), zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie, ocenę funkcjonowania psychologicznego (na podstawie testu depresji – Inwentarza Depresji Becka), ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych i rodzinnych.

W odnalezionych rekomendacjach dotyczących osób ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi (depresja, zespół stresu pourazowego (ang. posttraumatic stress disorder; PTSD)), szczególny nacisk kładzie się na interwencje psychologiczne (NICE 2018, JCPMF 2016, NICE 2009).

Zaproponowany w projekcie Inwentarz Depresji Becka (IDB) 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*). W badaniach

dotyczących skali depresji Becka odnotowano czułość na poziomie 84-90% i swoistość 81-86%. Według danych zawartych w rekomendacji dwa najczęściej wykorzystywane narzędzia to kwestionariusz PHQ-A oraz skala depresji Becka (BDI).

Należy zwrócić uwagę, że w projekcie w części dotyczącej mierników wskazuje się, że ocena w zakresie funkcjonowania psychologicznego będzie dokonywana na podstawie testu np. CDI 2. Istnieje zatem nieścisłość w tym zakresie, która powinna być skorygowana. Warto dodać, że RACGP 2017 rekomenduje np. kwestionariusz CDI 2 (*Children Depression Inventory*) – dla dzieci w wieku 7 lat i starszych.

#### *Indywidualny plan rehabilitacyjny*

Sesje psychoterapii indywidualnej i rodzinnej, stanowiące element ustalonego planu leczenia, będą nastawione na omówienie podstawowych problemów i trudności uczestników. Zaplanowano 12 sesji psychoterapii indywidualnej i 12 sesji psychoterapii rodzinnej (6 przed- i 6 po powrocie z turnusu rehabilitacyjnego).

#### *Turnus rehabilitacyjny*

W ramach turnusu rehabilitacyjnego zaplanowano:

- 12 sesji psychoterapii grupowej (max. 12; min. 90 min), obejmujących m.in. trening redukcji stresu, budowanie umiejętności relaksacji psychofizycznej, radzenia sobie z emocjami oraz trening asertywności;
- 6 sesji wsparcia psychospołecznego (max. 6; min. 60 min), prowadzone w oparciu o wybrane formy oddziaływania psychospołecznego, np. dialektycznej terapii behawioralnej (DBT) i terapii opartej na mentalizacji (MBT) oraz terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR). W ramach tego etapu zaplanowano również 6 sesji zajęć edukacyjnych. Podkreślono, że tematyka spotkania zostanie szczegółowo zaplanowana przez realizującego je specjalistę i powinna obejmować treści dot. radzenia sobie ze stresem oraz stylu życia, w tym m.in. aktywności fizycznej, diety, snu i wypoczynku, ze zdrowiem psychicznym;
- zajęcia rekreacyjne. W programie nie przedstawiono szczegółów dot. realizacji i działań podejmowanych w tym etapie, co należy uzupełnić.

Podkreślenia wymaga, że odnalezione dowody wskazują na korzyści wynikające z wdrażania zintegrowanych modeli opieki psychiatrycznej (*Kelly 2011, Cerimele 2010*) wśród osób z zaburzeniami psychicznymi. W odnalezionych rekomendacjach w zakresie rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, podkreśla się konieczność wdrażania skoordynowanych działań z zakresu stacjonarnej opieki psychiatrycznej oraz działań w płaszczyźnie społecznej, przy udziale multidyscyplinarnego zespołu specjalistów posiadających fachową wiedzę, w celu zaspokojenia złożonych i różnorodnych potrzeb terapeutycznych osób z zaburzeniami psychicznymi (JCPMF 2016).

W programie wskazano, że w okresie 2 miesięcy po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego i psychoterapii indywidualnej odbędzie się konsultacja indywidualna lekarska i psychologiczna z wydaniem zaleceń dla uczestnika programu.

Podsumowując należy uzupełnić projekt o szczegóły dotyczące zajęć rekreacyjnych prowadzonych podczas turnusu rehabilitacyjnego oraz skorygować nieścisłość dot. kwestionariusza oceny w zakresie funkcjonowania psychologicznego. Ponadto zaleca się aby przy realizacji programu mieć także na uwadze wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu.

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie na podstawie szeregu szczegółowych wskaźników. Należy jednak zaznaczyć, że jeden ze wskaźników dot. „*liczby osób, które podjęły próby samobójcze - na podstawie bezpośredniego kontaktu telefonicznego z opiekunem prawnym uczestnika programu*” odnosi się bardziej do ewaluacji. W punkcie dot. mierników efektywności, zaproponowano wskaźniki mające zastosowanie w procesie monitorowania.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o ankiety satysfakcji uczestników programu, co jest podejściem prawidłowym.

Ocena efektywności ma być prowadzona na podstawie analizy mierników efektywności, które w większości zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Niemniej element projektu dotyczący mierników efektywności programu wymaga uzupełnienia zgodnie z uwagami w niniejszej opinii, co przekłada się na konieczność doprecyzowania zapisów programu odnoszących się do ewaluacji. Ponadto w przypadku skorygowania brzmienia celu głównego również należy stosownie dostosować odpowiednie zapisy w tym bloku projektu programu.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu, co wymaga dopracowania. Pierwszym etapem będzie przeprowadzenie akcji informacyjnej, a następnie zaplanowanych w projekcie interwencji. Na koniec odbędzie się monitorowanie i ewaluacja programu.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

W projekcie wskazano, że realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy, jednak opisane w dokumencie warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych są opisane zdawkowo, i wymagają uzupełnienia.

Akcja informacyjna prowadzona będzie przez realizatorów w ramach współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w opiece psychiatrycznej (głównie poradnie zdrowia psychicznego, gabinety lekarzy psychiatrów, oddziały/ośrodki dzienne psychiatryczne), innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatorów, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcja promocyjna będzie odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych.

Przedstawiony w projekcie budżet zawiera m.in. informacje w zakresie kosztów jednostkowych oraz kosztów całkowitych w podziale na poszczególne lata realizacji programu. W dokumencie nie odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji, co wymaga uzupełnienia.

Całkowity koszt realizacji oszacowano na 3 616 668 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków województwa wielkopolskiego.

### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

#### Problem zdrowotny

Depresja młodzieńcza związana jest nierozzerwalnie z trudnościami okresu adolescencji i zadaniami rozwojowymi tej fazy. Szczególne znaczenie ma konfrontacja swoich możliwości z oczekiwaniami samego dorastającego, jego rodziny i najbliższego otoczenia oraz niepewność, czy sprawdzi się on w roli osoby dorosłej we wszystkich jej aspektach. Objawy depresji młodzieńczej mają wiele wspólnego z objawami depresji u dorosłych, choć często obraz kliniczny maskują wybuchy złości, znudzenie i zmęczenie. Zwykle objawom depresji towarzyszą trudności szkolne, zrywanie kontaktów

z rówieśnikami, pogorszenie się relacji z najbliższymi, zamknięcie się w sobie. Wyróżnia się kilka postaci depresji (wg J. Bomby):

- Depresja „czysta” wyrażająca się obniżonym nastrojem i napędem, lękiem, zwłaszcza przed przyszłością;
- Depresja „rezygnacyjna” w której obok podstawowych objawów depresji występują trudności w nauce, poczucie bezsensu życia, tendencje i próby samobójcze;
- Depresja „z niepokojem”, w której obrazie dominuje niepokój, dysforia i autodestrukcyjne zachowania;
- Depresja „hipochondryczna”, w której dominuje niepokój o własne zdrowie i somatyczne objawy lęku.

Narastające objawy depresji u dorastającego wymagają szczególnej uwagi, zwłaszcza dlatego, że doprowadzić mogą do próby samobójczej lub samobójstwa. W leczeniu największą rolę odgrywa psychoterapia (terapia rodzinna, indywidualna), znacznie mniejszą rolę odgrywają leki antydepresyjne.

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.

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 wzrost przyjęć nastolatków po próbach samobójczych na oddziały szpitalne.

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. poz. 1285 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane obejmują świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, a w zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.

W ramach wskazanej opieki pacjentom bezpłatnie przysługują w warunkach:

- stacjonarnych: 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;
- dziennych: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wyżywienie, edukacja i konsultacje dla rodzin;
- ambulatoryjnych: 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.

## Ocena technologii medycznej

### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

- W zakresie rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, zwraca się uwagę na konieczność wdrażania skoordynowanych działań z zakresu stacjonarnej opieki psychiatrycznej oraz działań w płaszczyźnie społecznej, przy udziale multidyscyplinarnego zespołu specjalistów posiadających fachową wiedzę w celu zaspokojenia złożonych i różnorodnych potrzeb terapeutycznych osób z zaburzeniami psychicznymi (JCPMF 2016).
- 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).
- Wśród zalecanych w rehabilitacji psychiatrycznej interwencji wymienia się:
  - dobór odpowiednich środków farmaceutycznych;
  - terapię psychologiczną (terapia behawioralno-poznawcza w psychozach oraz interwencje rodzinne) – wspierającą zrozumienie problemów zdrowia psychicznego jednostki oraz pozwalającą na identyfikację odpowiednich strategii pomocnych w redukcji dolegliwości. Konsultacje psychologiczne powinny być dostępne również dla personelu medycznego sprawującego opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi;
  - leczenie poprzez sztukę (arteterapię) – łączące sztukę i techniki psychoterapeutyczne w celu umożliwienia komunikacji, ekspresji i zrozumienia osób chorych;
  - działania z zakresu zdrowego stylu życia (ćwiczenia, zaprzestanie palenia, porady dietetyczne) oraz monitorowanie zdrowia fizycznego;
  - szkolenia w zakresie samoopieki;
  - rozwijanie umiejętności życia codziennego;
  - doradztwo zawodowe (JCPMF 2016);
- Jeżeli osoby z zaburzeniami psychicznymi wymagają wsparcia społecznego, zawodowego lub edukacji, należy rozważyć:
  - udzielenie im informacji nt. dostępności grup samopomocy (nie dot. osób z PTSD), grup wsparcia i innych formach pomocy;
  - w przypadku osób z umiarkowanymi lub ciężkimi schorzeniami – świadczenia z zakresu edukacji i wspierania zatrudnienia (NICE 2011, ostatnia aktualizacja w 2014 r.).
- W zaburzeniach psychicznych o łagodnym i umiarkowanym przebiegu zaleca się m.in.:



- w depresji podprogowej: biblioterapię indywidualną opartą na metodach terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), skomputeryzowana CBT, zorganizowane, grupowe programy aktywności fizycznej;
- w uogólnionych zaburzeniach lękowych, które nie uległy poprawie po zakończeniu psychoedukacji: indywidualna biblioterapia wspomagana przez specjalistę lub z minimalnym udziałem specjalisty, grupy psychoedukacyjne;
- w PTSD: skierowanie na CBT zorientowaną na traumę, lub terapię odwracania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR) (NICE 2011).
- W odniesieniu do ścieżek postępowania w najczęstszych zaburzeniach psychicznych (depresja, uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół lęku napadowego, PTSD oraz fobie społeczne) na poziomie lokalnym, wskazuje się, że powinny one:
  - podlegać negocjacji, być wykonalne i zrozumiałe dla pacjentów, ich rodzin, opiekunów i lekarzy;
  - być dostępne i akceptowalne dla wszystkich osób wymagających świadczeń w ich ramach;
  - być dostosowane do potrzeb pacjentów, ich rodzin i opiekunów;
  - być zintegrowane, tak aby nie istniały ograniczenia w przechodzeniu między poziomami danej ścieżki postępowania;
  - być skoncentrowane na wynikach (w tym w odniesieniu do jakości).
- W rekomendacjach NICE wskazuje się, że w przypadku osób z depresją, które uważa się za istotnie zagrożone nawrotem choroby (w tym osoby z nawrotem pomimo leczenia przeciwdepresyjnego lub niezdolne do kontynuowania leczenia przeciwdepresyjnego lub z objawami rezydualnymi), powinny otrzymać jedną z następujących interwencji psychologicznych:
  - indywidualna terapia poznawczo-behawioralna (CBT) w przypadku osób, u których wystąpił nawrót choroby mimo przyjmowania leków oraz osób ze znaczą depresją lub objawami rezydualnymi pomimo leczenia (zalecany czas trwania leczenia: 16 do 20 sesji terapeutycznych przez okres 3 do 4 miesięcy);
  - terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) w przypadku osób, u których obecnie nie stwierdza się objawów depresji, ale w przeszłości doświadczyły trzech lub więcej epizodów depresyjnych (czas trwania leczenia: 2-godzinne spotkania raz w tygodniu przez 8 tygodni oraz 4 sesje kontrolne w okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia, 8-15 osobowe grupy) (NICE 2009, ostatnia aktualizacja w 2018 r.).
- W odniesieniu do osób z PTSD, u których objawy były obecne przez ponad 3 miesiące od urazu, zaleca się przeprowadzanie interwencji psychologicznych, w tym kursów leczenia psychologicznego zorientowanego na traumę (czas trwania: 8-12 sesji, raz w tygodniu) (NICE 2018).

#### *Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych*

- Wyniki przeglądu systematycznego Kelly 2011 pokazały, że zintegrowane modele opieki psychiatrycznej są bardziej skuteczne (w porównaniu do innych modeli) i przynoszą dobre skutki zdrowotne, zarówno psychiczne jak i fizyczne. W niektórych sytuacjach klinicznych poprawiły funkcjonowanie społeczne, samodzielność osób chorych. Inne korzyści, jakie według badań wiążą się z wprowadzeniem zintegrowanych modeli opieki psychiatrycznej: obniżona hospitalizacja osób chorych psychicznie, większa akceptacja interwencji terapeutycznych przez pacjentów, lepszy dostęp do opieki specjalistycznej, większe zaangażowanie osób chorych. Autorzy dokonali ograniczonej oceny ekonomicznej. Wykazano, że model „współpracy” w opiece psychiatrycznej zmniejsza koszty obsługi pacjentów, zwiększa oszczędności. Niemniej wyniki te nie są widoczne we wszystkich badanych grupach. Zyski wymagają zaangażowania osób dostarczających usług opieki, starannego zaprojektowania interwencji i ich konsekwentnego stosowania. Powinno się zadbać

o ciągłość i kompleksowość usług. Zgodnie z oczekiwaniami, nie zidentyfikowano jednego, uniwersalnego modelu. Zintegrowana opieka psychiatryczna powinna być wdrażana po wykonaniu lokalnej próby, z uwzględnieniem charakterystyki konkretnej populacji (Kelly 2011);

- W przeglądzie systematycznym Cuijpers 2006 dotyczącym psychologicznej terapii u dzieci w wieku 7-18 lat, wyłonionych w badaniach przesiewowych (prowadzonych przy użyciu kwestionariuszy) w szkołach, wskazano, że zgodnie z wynikami metaanalizy efekt interwencji (8 badań, 12 interwencji) wyniósł  $SMD=0,578$  (95%CI 0,372-0,783), można zatem uznać, że był w przedziale między umiarkowanym a dużym. NNS 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 1 przypadku depresji należy poddać badaniom przesiewowym 31 osób. 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);
- Zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej uznane źródło niepełnosprawności i kosztów w opiece zdrowotnej, jest działaniem wysoce umotywowanym (Merry 2007);
- 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 na granicy skuteczności: 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  $RD=-0,13$  (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;
- Podejmowane działania powinny mieć 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 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.20.2022 „Regionalny program rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi” realizowany przez: Województwo Wielkopolskie, Warszawa, maj 2022 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r; oraz opinii Rady Przejrzystości nr 70/2022 z dnia 9 maja 2022 roku o projekcie programu „Regionalny program rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi”