



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 29/2015 z dnia 18 lutego 2015 r.
o projekcie programu „Program zapobiegania zaburzeniom
depresyjnym dla dzieci i młodzieży” województwa łódzkiego

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży” województwa łódzkiego, pod warunkiem uwzględnienia przedstawionych w uzasadnieniu uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu został przygotowany zgodnie z zaleceniami AOTMiT, posiada dobrze zdefiniowane cele i dotyczy dobrze zdefiniowanego istotnego współcześnie problemu zdrowotnego.

Projekt wymaga wprowadzenia zmian. Przede wszystkim brakuje określonych mierników efektywności programu, co skutkuje brakiem możliwości jego prawidłowej oceny.

Wskaźniki epidemiologiczne dotyczące populacji objętej programem powinny zostać uzupełnione o najbardziej aktualne dane. Należy doprecyzować liczbę dzieci, które wezmą udział w poszczególnych etapach programu.

Ankieta służąca do oceny efektywności programu przez pacjenta powinna zostać rozdzielona na dwie: jedną przeprowadzaną przez rozpoczęciem udziału w programie, a drugą po jego zakończeniu.

Należy wyszczególnić budżet przeznaczony na działania promocyjno-informacyjne w tym programie, bądź wskazać, jaką część budżetu wspólnego dla kilku programów stanowi budżet omawianego projektu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej województwa łódzkiego dotyczącego zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży – ma to być ok. 500 dzieci rocznie w wieku 11-13 lat oraz 14-17 lat. Program realizowany ma być w roku szkolnym w latach 2015-2017. Głównym celem Programu jest zmniejszenie częstości występowania pełnoobjawowej depresji poprzez zidentyfikowanie u badanego dziecka cech predysponujących do jej wystąpienia w przyszłości oraz redukcja tychże czynników poprzez zastosowane działanie interwencyjne.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej województwa łódzkiego:

Znaczenie problemu zdrowotnego

Problem zdrowotny został prawidłowo określony przez autorów projektu programu. Głównym celem Programu jest zmniejszenie częstości występowania pełnoobjawowej depresji poprzez zidentyfikowanie u badanego dziecka cech predysponujących do jej wystąpienia w przyszłości oraz redukcja tychże czynników poprzez zastosowane działanie interwencyjne.

Cele i efekty programu

Autorzy przedstawili też dobrze zdefiniowane cele szczegółowe do których zaliczyć można: zmniejszenie częstości występowania skutków depresji, w tym trudności szkolnych, zaburzeń odżywiania się, prób samobójczych i innych zachowań autodestrukcyjnych, nabycie określonych umiejętności społecznych (m.in. rozwiązywania konfliktów), umiejętności nazywania i wyrażania odczuwanych emocji, poznanie technik radzenia sobie ze stresem, poprawa samooceny oraz podniesienie stanu wiedzy, samoświadomości chorych i ich rodzin na temat depresji, metod jej profilaktyki i leczenia, co może być przydatne w przypadku pojawienia się lub nawrotu choroby.

Należy mieć na uwadze, że autorzy projektu programu zakładają, że w programie weźmie udział ok. 500 dzieci rocznie (łącznie przez 3 lata trwania programu planuje objąć się programem populację 1500 dzieci).

Efekty programu nie odpowiadają założonym celom. Brakuje efektów (i adekwatnych wskaźników efektywności) dla celu: podniesienie stanu wiedzy, samoświadomości oraz dla oceny nabycia umiejętności społecznych i pozostałych. Brak odniesienia do celu: zmniejszenie częstości występowania skutków depresji. Z uwagi na krótki czas realizacji programu, łatwiejszy do odnotowania będzie spadek epizodów depresyjnych (rozpoznań depresji) w grupie docelowej. Należy w ramach ewaluacji opisać adekwatny wskaźnik (miernik) efektywności.

Populacja docelowa

W projekcie programu zdefiniowano problem zdrowotny na który ukierunkowane mają być działania zawarte w programie. Program nakierowany jest przede wszystkim na profilaktykę zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 11-13 oraz 14-17 lat. Wydaje się także, że część programu skierowana jest również do rodziców/opiekunów, z którymi terapeuci mają przeprowadzać rozmowy dotyczące możliwych dziedzicznych zaburzeń. Program niewątpliwie wpisuje się w cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Autorzy przedstawili wskaźniki epidemiologiczne dotyczące populacji objętej programem, natomiast powinny być one zaktualizowane o najświeższe dane związane z chociażby liczbą dzieci w województwie łódzkim z podziałem na wiek określony w projekcie programu. Autorzy przedstawili dane za 2011 r., a najświeższe dostępne dane pochodzą z roku 2013 r.

Planowana interwencja

Bardzo dokładnie zostały określone interwencje, jakie powinny znaleźć się w programie. Widać dużą staranność w przygotowaniu elementu związanego z interwencjami stosowanymi w ramach programu.

Zgodnie z wytycznymi klinicznymi w leczeniu depresji młodzieńczej największą rolę odgrywa psychoterapia (terapia rodzinna, indywidualna). Adolescenci to grupa pacjentów, w której

obserwuje się dobrą efektywność leczenia przy użyciu takich technik poznawczych, jak próba zmiany myśli automatycznych oraz poznawcze przeformułowanie.

Jeżeli chodzi o część edukacyjną to program zakłada prewencyjne działania edukacyjne/psychologiczne/edukacyjno-psychologiczne, a te według dowodów naukowych mogą być skuteczną metodą zapobiegania depresji. Wytyczne i rekomendacje wskazują jednak, że działania edukacyjne prowadzone powinny być przez specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Interwencje przygotowane w programie będą prowadzone przez wykwalifikowany personel. Warunki jakie musi spełniać zostały również określone w ramach projektu programu polityki zdrowotnej.

Działania zaproponowane przez autorów projektu programu mają wpłynąć na zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń depresyjnych u ok 25% osób biorących udział w programie. Wydaje się być to założeniem możliwym do uzyskania, jeśli interwencje będą prowadzone przez wyspecjalizowany personel w odpowiednich warunkach.

Zgodnie z informacjami podanymi przez autorów programu, uczestnicy będą mogli sami, spontanicznie zgłaszać się do realizatora programu.

Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie kampanii informacyjnej dotyczącej realizacji programu. Przeprowadzenie ww. akcji stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie.

Monitorowanie i ewaluacja

Autorzy programu w sposób wybiórczy odnieśli się do monitorowania oraz ewaluacji podejmowanych działań.

Monitorowaniu w programie podlegać będzie liczba osób, które zgłosiły się na badanie skrinigowe, liczba dzieci skierowanych do udziału w warsztatach terapeutycznych, liczba dzieci, uczestniczących w warsztatach terapeutycznych, liczba dzieci skierowanych do dalszej diagnostyki i/lub leczenia specjalistycznego, wyniki ankiety ewaluacyjnej dotyczącej poziomu zadowolenia z uczestnictwa w cyklu spotkań oraz wynik powtórnego badania tym samym narzędziem po zakończonym uczestnictwie w Programie.

Są to jedynie wskaźniki zgłaszalności oraz jakości programu, natomiast w projekcie programu nie zawarto żadnych wskaźników określających efektywność działań w programie.

Uczestnikom programu wręczona zostanie ankieta pozwalająca określenie stanu zdrowia pacjenta przed i po przeprowadzeniu programu. Wzór ankiety zostały przedstawiony przez autorów programu, natomiast w ocenie analityka AOTMiT nie pozwoli ona na pełną ocenę jakości programu. Powinno zastosować się 2 ankiety, jedną przeprowadzoną przed podjęciem udziału w programie oraz drugą ankietę po zakończeniu udziału w programie. Tylko taka forma ankietowego badania jakości jest w stanie odzwierciedlić czy dany program polityki zdrowotnej przyniósł w ocenie pacjenta zamierzony efekt w postaci poprawy zdrowia.

Warunki realizacji

Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru realizatora programu. Przeprowadzenie procedury otwartego konkursu ofert, według której każdemu przysługuje prawo ubiegania się o realizację zadań finansowanych ze środków publicznych, a podmiot wnioskujący o ich przyznanie musi przedstawić ofertę zgodną z zasadami uczciwej konkurencji, gwarantuje wykonanie zadania w sposób efektywny i oszczędny. Dodatkowo autorzy przewidują, że w ramach składanych ofert potencjalni realizatorzy programu przedstawią szczegółowy harmonogram warsztatów (m.in. zawierający opis metod pracy,

propozycji aktywności). Harmonogram zostanie oceniony przez niezależnego eksperta w przebiegu konkursu ofert, co w konsekwencji pozwoli na wybór najbardziej optymalnego zakresu działań podczas prowadzonego programu. Takie postępowanie wydaje się być rozsądnym podejściem.

W projekcie programu autorzy zaznaczają, że roczny koszt całkowity wyniesie 80 000 zł. Planuje się przebadać 500 dzieci w każdym roku funkcjonowania programu. Podane koszty pośrednie nie pozwalają na wyliczenie kosztu jednostkowego z uwagi na fakt, iż niewiadomą jest liczba dzieci przechodząca do drugiego etapu programu. Jeżeli całkowity koszt programu podzieli się przez liczbę dzieci to średnio na dziecko autorzy programu planują przeznaczyć 160 zł (oszacowania analityka AOTMiT). Taki koszt zdecydowanie przewyższa chociażby 1 dwugodzinny warsztat w ramach II etapu Programu, ponieważ wynosi on 240 zł. Autorzy projektu programu powinni podać szacunkową wartość liczby dzieci, która planują objąć II etapem programu. Na chwilę obecną przy tak podanych wartościach kosztów nie jest możliwe oszacowanie kosztu jednostkowego, a co za tym idzie również kosztu całkowitego. Warto byłoby oszacować liczbę dzieci na poszczególnych etapach programu. Byłoby to również przydatne w celu późniejszej ewaluacji poprawności założeń przyjętych przez autorów projektu programu.

W projekcie autorzy używają stwierdzenia „działania typowo bezkosztowe”, opisując w ten sposób chociażby wysyłkę pism do różnego typu instytucji. Wydaje się, że taki rodzaj promocji programu pociąga za sobą koszty związane chociażby z wydrukiem czy też wysyłką listów.

Niejasnym jest również fakt, że na działania informacyjno-promocyjne przeznaczają się środki w kwocie 13 000 zł w ramach promocji kilku programów (autorzy podają liczbę mnogą). Nie jest jasne ile konkretnie środków zostanie przeznaczonych na cele związane z programem zapobiegania zaburzeniom depresyjnym stąd też niemożliwe wydaje się określenie tym samym kosztów jednostkowych projektu. Autorzy programu zupełnie nie włączają ich do kosztów jednostkowych co w konsekwencji uniemożliwia dokładne określenie kosztów całkowitych.

Wnioski z oceny technologii medyczne przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Depresja młodzieńcza związana jest nierozdzielnie 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 dorosłej we wszystkich jej aspektach. Związki depresji młodzieńczej z chorobami afektywnymi są nie do końca jasne. Niektórzy badacze sugerują jednak konieczność istnienia pewnej predyspozycji do depresji, związanej z czynnikami biologicznymi.

Objawy depresji młodzieńczej mają wiele wspólnego z objawami depresji u dorosłych, choć często obraz kliniczny maskują wybuchy złości, znudzenie i zmęczenie, zachowania buntownicze, takie jak ucieczki z domu, wagary, zachowania autodestrukcyjne i antyspołeczne. 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

Alternatywne świadczenia

Brak świadczeń alternatywnych. Programy ochrony zdrowia psychicznego wchodzą w zakres Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, a ich realizacja jest obligatoryjna z uwagi na zapisy ustawowe. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. A wydane na podstawie ww. ustawy Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego określiło strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ocena technologii medycznej

Promocja/strategia zdrowia psychicznego

Wg zaleceń Radboud University Nijmegen każdy kraj powinien opracować i zrealizować wszechstronny plan działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Plan taki byłby głównym mechanizmem promowania zdrowia psychicznego, redukcji olbrzymich kosztów zdrowotnych i ekonomicznych związanych z zaburzeniami psychicznymi, oraz wzmacniania więzi społecznych. Tam, gdzie nie przewidziano wystarczających funduszy na wdrożenie tego planu działania, można je zidentyfikować poprzez specjalny Fundusz Zdrowia Psychicznego finansowany z podatków za tytoń i alkohol. W planach działania należy zwrócić uwagę na dziesięć obszarów działania (wspieranie rodzicielstwa i pierwszych lat życia, promowanie zdrowia psychicznego w szkołach, promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy, wspieranie zdrowego psychicznie starzenia się, zajmowanie się grupami zagrożonymi zaburzeniami psychicznymi, zapobieganie depresji i samobójstwom, zapobieganie przemocy i szkodliwemu używaniu substancji psychoaktywnych, zaangażowanie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zmniejszenie upośledzenia społecznego i zapobieganie stygmatyzacji, nawiązanie współpracy z innymi sektorami) i pięć wspólnych zasad (pogłębianie wiedzy

o zdrowiu psychicznym, wspieranie efektywnego wdrażania, rozwijanie kompetencji i szkolenie pracowników, włączanie do działania różnych podmiotów, ewaluacja wpływu polityki i programu).

Zielona Księga przyjęta przez Unię Europejską w 2005 r. proponuje ustanowienie wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego, która ma wnieść pozytywny wkład poprzez: stworzenie ram dla wymiany i współpracy pomiędzy Państwami Członkowskimi; pomoc w zwiększeniu spójności działań w sektorach związanych z polityką zdrowotną i innymi politykami w Państwach Członkowskich oraz na poziomie Wspólnoty; oraz umożliwienie szerszym kręgom zainteresowanych stron zaangażowania się w opracowywanie rozwiązań.

Dodatkowo w trakcie konferencji Unii Europejskiej w czerwcu 2008 r. „Europejski Pakt na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego” podkreślono, że do przezwyciężenia problemów zdrowia psychicznego (najistotniejsze to depresje i samobójstwa) w Krajach Członkowskich mogą przyczynić się dodatkowe działania i wspólne akcje na poziomie Unii Europejskiej odnośnie ochrony zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego wśród ludności, wzmacnianie działań zapobiegawczych i samopomocy oraz pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom; tego typu akcje stanowią uzupełnienie działań podejmowanych przez Kraje Członkowskie Unii Europejskiej w zakresie służby zdrowia i systemu opieki społecznej. Wezwano do podjęcia działań w pięciu priorytetowych obszarach tematycznych: I. Zapobieganie depresji i samobójstwom, II. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży uczącej się, III. Zdrowie psychiczne w miejscu pracy, IV. Zdrowie psychiczne osób starszych, V. Walka ze stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym.

Ważną rolę w kształtowaniu świadomości znaczenia zdrowia psychicznego odgrywają mass media (telewizja, prasa, radio). Dobrym przykładem takich działań jest kampania: Defeat Depression Campaign of the Royal College of Psychiatrists and the Royal College of General Practitioners prowadzona w Anglii w latach 1992 – 1996, która miała na celu edukowanie społeczeństwa na temat depresji, jej leczenia i znaczenie wdrożenia wczesnego leczenia.

Podjęcie działań edukacyjnych w społeczeństwie na temat zagadnień zdrowia psychicznego może doprowadzić do wzmocnienia pozycji zdrowia psychicznego. W szczególności w grupie osób starszych zmniejsza objawy depresji.

Zaleca się tworzenie programów promocji zdrowia psychicznego w szkołach dla dzieci i młodzieży wraz okresowymi ocenami zdrowia psychicznego przez interdyscyplinarny zespół (psychiatra, psycholog, doradca/pracownik socjalny).

Profilaktyka zaburzeń psychicznych

Zapobieganie poprzez wczesną interwencję jest najlepiej zbadaną formą prewencji w spektrum zaburzeń psychicznych, w szczególności w odniesieniu do schizofrenii. W wielu badaniach wykazano wysoką skuteczność stosowania farmakoterapii w połączeniu z terapią poznawczo-behawioralną. Strategie, które uczą młodych ludzi radzenia sobie ze stresem i zapewniania sobie wsparcia społecznego były skuteczne w zapobieganiu zaburzeniom nastroju i zaburzeniom lękowym. Nie odnaleziono wystarczających dowodów do wykazania, że pierwotna profilaktyka może opóźnić pojawienie się choroby psychicznej. Zalecane są badania dotyczące etiologii chorób psychicznych, w celu ułatwienia rozwoju dodatkowych podstawowych form zapobiegania zaburzeniom. Wysiłki te mogą przyczynić się do realokacji zasobów oraz wprowadzenia polityki publicznej, które ograniczyłyby negatywne skutki chorób psychicznych dla społeczeństwa.

Choroby psychiczne o wczesnym początku (dzieciństwo) mogą się utrzymywać przez cały okres życia. Skuteczne programy profilaktyczne skierowane do dzieci mają duże znaczenie. Stwierdzono największą skuteczność odnośnie zapobiegania zaburzeniom lękowym, zaburzeniom odżywiania, nadużywaniu substancji psychoaktywnych, destrukcyjnym zaburzeniom zachowania, samobójstwom. Nie wykazano skuteczności programów w zapobieganiu deficytom uwagi, ADHD oraz wczesnym początkom schizofrenii. Autorzy wnioskują, że interwencja prewencyjna ma potencjał, aby być skuteczną w przypadku niektórych zaburzeń. Szczególnie zasadne wydaje się promowanie pozytywnego rozwoju u dzieci w każdym wieku w środowiskach wysokiego ryzyka. Konieczne są dodatkowe badania w celu określenia roli i wiarygodności różnych strategii prewencyjnych.

Skuteczne strategie zapobiegania zaburzeniom psychicznym u osób starszych zidentyfikowano w badaniach dotyczących zaburzeń depresyjnych i samobójstw. W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej, demencji, schizofrenii geriatrycznej nie ma dostatecznej ilości badań. Autorzy dochodzą do wniosku, że skuteczne strategie prewencyjne to: modyfikacja czynników ryzyka, zdrowy styl życia, który obejmuje zdrową dietę, ćwiczenia, socjalizację, edukację. Inżynieria genetyczna i terapie szczepionkowe mogą otwierać nowe możliwości dla profilaktyki wielu chorób psychicznych w najbliższej przyszłości.

Poprawa jakości opieki psychiatrycznej

Zalecenia odnośnie opieki psychiatrycznej są następujące: dostosowanie polityki i ustawodawstwa, zwiększenie zaangażowania kluczowych partnerów, zasady finansowania opieki psychiatrycznej powinny być nastawione na maksymalizację efektywności usług oraz powinny uwzględniać cele polityki, określenie środków potrzebnych na realizację, promowane powinny być interwencje oparte na dowodach, należy opracować normy jakości oraz procedury akredytacyjne. Poprawa jakości powinna doprowadzić do rutynowego zarządzania usługami. Poprzez systematyczne podejście do poprawy jakości możliwe jest zapewnienie najlepszych możliwych interwencji.

Depresja młodzieńcza

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

Niemniej jednak z odnalezionych dowodów naukowych wynika, że prewencyjne działania edukacyjne/psychologiczne/edukacyjno-psychologiczne mogą być skuteczną metodą zapobiegania depresji. Jeśli chodzi o prewencję zaburzeń zachowania, niepokoju, depresji za pomocą CBT, w tym trening umiejętności społecznych, to skuteczność wykazują programy celowane, które są efektywniejsze niż uniwersalne i selektywne. Również interwencje prowadzone przez profesjonalistów są skuteczniejsze, choć mogą być droższe niż prowadzone przez nauczycieli. Ponadto interwencję polegającą na terapii poznawczo-behawioralnej (15 godzinnych sesji) uznano za kosztowo efektywną z perspektywy społecznej w rocznym horyzoncie czasowym.

United States Preventive Services Task Force w przypadku młodzieży badanie przesiewowe w kierunku depresji jest rekomendowane wyłącznie w przypadku dostępności do świadczeń i zasobów umożliwiających niezwłoczne wprowadzenie terapii (Poziom dowodów: B). W przypadku dzieci 7-11 lat badanie przesiewowe nie jest rekomendowane. Ocena ryzyka uwzględnia wystąpienie zaburzeń depresyjnych włączając depresję rodziców/opiekunów,

współistnienie innych zaburzeń psychicznych oraz stanów klinicznych, a także doświadczenia związane z wydarzeniami traumatyzującymi. W grupie osób od 12-18 lat zastosowanie mają w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej następujące testy: Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A); Beck Depression Inventory-Primary Care Version (BDI-PC). W młodszej grupie wiekowej testy nie wykazują efektywności.

Zgodnie ze stanowiskiem EPA (2012) programy wczesnej edukacji, oraz programy przedszkolne prowadzą do poprawy zdolności poznawczych, lepszego przygotowania do obowiązku szkolnego, lepszych wyników w nauce i pozytywnie wpływają relacje rodzinne. Redukują także emocjonalne zaburzenia zachowania. Programy w warunkach domowych poprawiają funkcjonowanie dziecka wśród rówieśników, oraz zmniejszają problemy behawioralne. Połączone formy programów wydają się być bardziej skuteczne. Programy edukacyjne promujące zdrowie psychiczne w warunkach szkolnych działają skutecznie na poprawę samopoczucia, zmniejszają problemy behawioralne, oraz emocjonalne], zmniejszają także niepokój, oraz ryzyko wystąpienia depresji. Programy edukacyjne promujące zdrowie psychiczne w warunkach szkolnych prowadzone w szkole średniej, które tematycznie zbliżają się do promowania zachowań i umiejętności prospołecznych mogą zapobiegać rozwojowi depresji i lęku. W zapobieganiu emocjonalnym zaburzeniom zachowania, oraz depresji związanej z wejściem w życie dorosłe najbardziej efektywne są programy edukacyjne skoncentrowane na dzieciach, oraz rodzicach z grup podwyższonego ryzyka we wczesnym okresie życia dziecka. Wczesna interwencja w przypadku zaburzeń zachowania z indywidualnym programem dla rodziców powoduje poprawę w zachowaniach dziecka, stosunkach rodzinnych, wynikach w nauce i zmniejsza zaburzenia zachowań aspołecznych. Programy grupowe, oraz wsparcie rówieśników skutecznie redukuje izolację społeczną, a co za tym idzie również depresję.

Wczesne wykrywanie depresji

- Nie rekomenduje się wykrywania depresji w ogólnej populacji osób dorosłych.
- Screening w kierunku depresji powinien być prowadzony w grupie osób dorosłych cierpiących na przewlekłe choroby somatyczne (m. in. nadciśnienie tętnicze), a także u osób z zaburzeniami psychicznymi w historii choroby.
- Screening w kierunku depresji prowadzony przez lekarza POZ powinien polegać na zadaniu 2-3 prostych pytań dotyczących samopoczucia i napędu psychomotorycznego.
- Do określenia stopnia ciężkości zaburzeń może służyć kwestionariusz PHQ-9.
- United States Preventive Services Task Force rekomenduje, aby klinicyści rozważyli w spotkaniu z pacjentem zagadnienia związane z zapobieganiem depresji w grupie dorosłych zarówno kobiet jak i mężczyzn w przypadku dostępności do adekwatnych świadczeń oraz odpowiedniej opieki w zakresie zdrowia psychicznego.
- Canadian Preventive Services Task Force Badania przesiewowe w grupie osób dorosłych (zdrowych nie mających epizodu lub historii leczenia depresji) od 18 roku życia nie są rekomendowane (dowody o niskiej jakości). Podobna rekomendacja dotyczy grup ryzyka występowania stanów depresyjnych.
- Lekarze POZ (w oryginale PC – Primary Care, przyp. analityka) powinni ocenić ryzyko wystąpienia depresji u dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka, ale także, u których występują problemy emocjonalne. Lekarze specjaliści z kolei powinni diagnozować

depresję w oparciu kryteria DSM-IV na podstawie wystandaryzowanych narzędzi (APA 2007, CU 2010).

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTMiT-OT-441-2/2015 „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży” realizowany przez: Województwo Łódzkie Warszawa, luty 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, luty 2015.