



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 265/2017 z dnia 20 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie
edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych w zakresie depresji poporodowej u kobiet. Swoimi założeniami może on wnosić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Niemniej jednak niektóre elementy projektu wymagają poprawy. Poniżej przedstawiono szczegółowe uwagi.

Cele programowe należy opisać zgodnie z zasadą SMART, zaś mierniki efektywności warto uzupełnić zgodnie z sugestiami w dalszej części opinii.

W zakresie populacji docelowej (kobiet w ciąży i okresie poporodowym) konieczne jest zweryfikowanie oszacowań co do liczby uczestników poszczególnych etapów programu, gdyż wydają się one niepoprawne i niespójne. Założenia dot. personelu medycznego nie budzą zastrzeżeń.

W zakresie interwencji należy wskazać, w jaki sposób projekt będzie powiązany z funkcjonującym obecnie Programem Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020. Ponadto konieczne jest zapewnienie, aby materiały edukacyjne opracowane przez poszczególnych realizatorów były ze sobą spójne i przekazywały jednolity zakres informacji edukacyjnych.

Należy także zwrócić uwagę, że wytyczne nie są do końca zgodne co do prowadzenia badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej. Niemniej jednak założenia programu odpowiadają zapisom wytycznych klinicznych, które pozytywnie odnoszą się do tego zagadnienia.

Monitorowanie opracowano poprawnie. Ewaluację warto uzupełnić, aby ocena wpływu działań na zdrowie populacji była kompletna.

Budżet programu zawiera wiele niejasności i braków. Konieczne jest jego poprawienie zgodnie ze wskazanymi w dalszej części opinii uwagami.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu depresji poporodowej realizowany przez Ministerstwo Zdrowia. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 15 mln zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2023.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a



ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

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

W projekcie przedstawiono bardzo ogólne informacje dot. częstości występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie poporodowym.

Depresja poporodowa (pure postpartum depression) pojawia się w pierwszych czterech tygodniach po porodzie (10-20% kobiet wykazuje objawy depresji w pierwszym tygodniu po porodzie). Narastanie objawów występuje w ciągu 30 dni od urodzenia dziecka. Duża część kobiet (25-35%) cierpi z powodu obniżonego nastroju już w okresie ciąży, ale jedynie 20% z tych kobiet spełnia kryteria zaburzeń depresyjnych typu małej lub dużej depresji wg Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Występowanie depresji w ciąży jest rzadsze niż po porodzie.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych (MPZ) opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 2 stycznia 2017 r., mając na uwadze omawiany obszar, największy udział hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych wśród osób dorosłych w kraju stanowiły uzależnienia (44% hospitalizacji w skali kraju). W 2014 roku w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej dla dorosłych realizowano głównie świadczenia ogólnopsychiatryczne, które stanowiły 60,1% wszystkich porad. W świadczeniach profilowanych dominowało leczenie uzależnień (30,5%). Należy podkreślić, że MPZ nie zawierają danych bezpośrednio odnoszących się do zaburzeń psychicznych związanych z depresją poporodową.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „wzrost świadomości społecznej na temat depresji poporodowej w okresie realizacji programu”. Cel główny nie został sformułowany w pełni zgodnie z regułą SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Główne założenie zostało sformułowane w sposób mało precyzyjny, uznać należy jednak, iż jest ono istotne i zostało osadzone w czasie. Ponadto prawidłowo sformułowano 3 cele szczegółowe, uzupełniające przytoczony powyżej cel główny.

W projekcie wskazano również 5 mierników efektywności, jednak wymagają one doprecyzowania. Należy zaznaczyć, że miernik określający liczbę rozdysponowanych materiałów lub też liczbę przeprowadzonych spotkań, nie pozwoli na określenie w jakim stopniu osiągnięto cele programowe. W celu oceny zmiany poziomu wiedzy uczestników zaleca się przeprowadzenie ankiet, wśród kobiet (ewentualnie rodzin) biorących udział w programie. Należy również pamiętać, że wartości wskaźników powinny być określane przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową w projekcie stanowią:

- kobiety będące w okresie poporodowym,
- kobiety w ciąży,
- personel medyczny POZ, w szczególności położne i pielęgniarki.

W ramach akcji edukacyjno-informacyjnej w programie będą mogły wziąć udział kobiety będące w ciąży oraz w okresie poporodowym. Oszacowano, że w tej części programu przez 3 lata weźmie udział 70% kobiet z grupy docelowej, tj. ok. 718 000 kobiet (70% x 1 026 934 -prognoza urodzenia

żywe w latach 2018-2020 z GUS). Zaznaczyć jednak trzeba, że do szacunków tych należy podchodzić z ostrożnością, m.in. dlatego, że liczba kobiet w ciąży może być niższa niż prognozowana liczba urodzeń (niektóre kobiety będą mogły być w ciąży mnogiej).

W treści projektu programu znajduje się również informacja, że „ok. 70% kobiet z grupy docelowej będzie uczestniczyć w Programie – stanowi to grupę ok. 235 tys. kobiet rocznie”. Liczba ta stanowi 70% prognozowanej średniej rocznej liczby żywych urodzeń. Zatem zgodnie z informacją przedstawioną w projekcie (235 tys. kobiet rocznie), z programu przez 3 lata mogłoby skorzystać ok. 705 tys. kobiet. Rozbieżność w wyliczeniach między liczbą 705 a 718 tys. wymaga wyjaśnienia (różnica w liczebności pomiędzy tymi dwoma grupami wynosi 13 000 kobiet).

Ponadto w projekcie założono, że w ciągu pierwszych 3 lat trwania programu, 180 000 kobiet w okresie poporodowym wspólnie z położną lub pielęgniarką wypełni formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej podczas wizyty patronażowej. Dodatkowo szacuje się, że podobna liczba formularzy zostanie wypełniona przez Internet. Zatem łączna liczba wypełnionych formularzy odpowiada 50% grupy docelowej (360 000/718 000 kobiet x 100%), przy czym zaznacza, że będzie to „ponad dwa razy więcej niż zakłada wielkość wystąpienia przypadków depresji poporodowej wśród kobiet (zgodnie z literaturą od 10% do 20% kobiet cierpi na depresję poporodową)”. Należy wskazać że błędnie zestawiono ze sobą te dwie wartości, ponieważ populacją docelową dla badań przesiewowych powinno być 100% kobiet z populacji ogólnej (grupa 718 000). Następnie wśród nich, zgodnie z danymi literaturowymi, u 10-20% może wystąpić depresja poporodowa, co daje 71 800-142 600 kobiet w pierwszych 3 latach trwania programu. Taka liczebność grupy kobiet powinna być objęta potencjalnym wsparciem psychologicznym (w ciągu 3 lat programu).

W zakresie konsultacji z psychologiem, w programie będą mogły wziąć udział kobiety w okresie poporodowym, objęte wizytami patronażowymi. W ciągu pierwszych 3 lat trwania programu z konsultacji z psychologiem skorzysta 30% populacji docelowej, czyli ok. 215 000 kobiet (30% x 718 000 kobiet = 215 400). Biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne, wydaje się, że grupa kobiet która będzie mogła skorzystać z konsultacji psychologicznych w ciągu pierwszych 3 lat trwania programu, powinna wynosić 71 800-143 600 kobiet (10-20% z 718 000 kobiet). Zatem założenie w projekcie jest zawyżone w stosunku do danych epidemiologicznych.

Konieczne jest również wyjaśnienie, dlaczego przyjmuje się 3 letni czas realizacji programu przy szacowaniu liczebności populacji programu, podczas gdy rzeczywisty okres realizacji interwencji będzie wynosił 6 lat. Biorąc pod uwagę powyższe dane, obliczono, że w ciągu 6 lat trwania programu w zakresie działań edukacyjnych mogłoby z niego skorzystać ok. 1 410 287 kobiet (70% z 2 014 696 – szacowanej liczby urodzeń żywych w latach 2018-2023), tj. 70% populacji docelowej.

Populację docelową w programie stanowi także personel medyczny POZ (pielęgniarki i położne) Zakłada się udział w szkoleniach 2 500 osób (5% pielęgniarek i położnych zgłoszonych do realizacji umów w rodzaju świadczeń POZ). Zgodnie z raportem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych liczba pielęgniarek i położnych zatrudnionych w 2016 r. wynosiła 243 843, w tym 44 262 pielęgniarek oraz położnych udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. Zatem liczba 2 500 pielęgniarek i położnych POZ stanowi ok. 5,6% całego ww. personelu medycznego (z liczby 44 262).

Interwencja

W ramach programu przewidziano realizację:

- Akcji edukacyjno-informacyjnej – w tej kategorii działań zaplanowano: uruchomienie strony projektu (podstawowe informacje o depresji poporodowej – objawy, sposoby leczenia, informacje, gdzie można otrzymać pomoc psychologiczną, psychiatryczną, forum nadzorowane przez psychologa, interaktywny formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej), przygotowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych (ulotki, broszury, plakaty) i przekazywanie ich kobietom w ciąży korzystającym z wizyty u lekarza ginekologa lub u położnej, kobietom w okresie poporodowym w trakcie wizyt patronażowych położnych i pielęgniarek. Wskazano również, iż realizator może przewidzieć dodatkowe działania edukacyjne, w tym dla osób bliskich kobiet w ciąży/po porodzie, np. w formie grupowych spotkań.

- Konsultacji z psychologiem - uwzględniono możliwość konsultacji z psychologiem dla kobiet, które po wypełnieniu formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EDSP) uzyskały wynik wskazujący na konieczność konsultacji ze specjalistą; konsultacje będą możliwe do realizacji w miejscu zamieszkania kobiety, jak i w podmiocie leczniczym; maksymalnie 3 konsultacje z psychologiem dla jednej pacjentki.
- Edukacji położnych i pielęgniarek POZ w zakresie wczesnej identyfikacji depresji poporodowej - zakres szkoleń obejmować będzie: wprowadzenie do tematyki depresji, omówienie czynników ryzyka, objawów depresji, omówienie stosowania formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, zalet oraz ograniczeń ww. formularza, sposobów rozmawiania z osobą w depresji poporodowej, celem zachęcenia jej do konsultacji ze specjalistą.
- Promocję programu przez pielęgniarki i położne POZ w ramach wizyt patronażowych.

W ocenianym programie planuje się przygotowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych nt. depresji poporodowej, znaczenia wczesnego jej rozpoznawania i leczenia oraz prowadzenie akcji edukacyjnych. Zaznaczono, że ww. materiały powinny zostać opracowane przez zaangażowany, doświadczony personel, tj. psychiatrów/psychologów (wymagany stopień naukowy doktora lub udokumentowany dorobek naukowy z dziedziny projektu lub co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z osobami chorymi na depresję). Z kolei za projekt materiałów informacyjno-edukacyjnych odpowiedzialny będzie każdy realizator. Zakres treści podany w projekcie jest bardzo ogólny. Biorąc pod uwagę, że jest to program ogólnopolski, zasadnym jest aby materiały edukacyjne opracowane przez poszczególnych realizatorów były ze sobą spójne i przekazywały jednolity zakres informacji edukacyjnych.

Ponadto w projekcie wskazano, że realizator będzie mógł zaproponować dodatkowe działania edukacyjne, w tym dla bliskich kobiet w ciąży lub po porodzie, np. w formie grupowych spotkań. Realizator będzie mógł również nawiązać współpracę ze szkołami rodzenia, w celu umożliwienia im przekazania materiałów informacyjno-edukacyjnych dla kobiet ciężarnych. Stanowi to pozytywny aspekt, mogący mieć wpływ na efektywniejsze informowanie o programie.

W ramach akcji edukacyjno-informacyjnej zostanie uruchomiony również portal internetowy, w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o problemie depresji poporodowej. Stworzenie portalu stanowi wartość dodaną do istniejącego systemu i ze względu na swoją formę stanowi łatwe i szybkie źródło informacji. W projekcie nie opisano kompetencji psychologa, który będzie odpowiedzialny za udzielanie odpowiedzi poprzez forum internetowe. W ramach strony internetowej możliwe będzie wypełnienie formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

Położne i pielęgniarki POZ w ramach wizyt patronażowych, będą przekazywać kobietom informacje dot. depresji poporodowej, realizacji programu oraz uruchomionej strony internetowej. Jeśli zostaną zauważone objawy depresji u kobiety w okresie poporodowym, położna lub pielęgniarka zaproponuje jej wypełnienie formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (w trakcie wizyty lub samodzielnie przez Internet) oraz poinformuje o konsultacjach psychologicznych. Ponadto w projekcie zaplanowano stałe monitorowanie stanu kobiety (również telefoniczne).

Zaproponowane działania zaplanowano poprawnie. Również wskazany kwestionariusz jest narzędziem, które powinno być stosowane przez specjalistów do oceny symptomów depresji oraz współistniejącej depresji i stanów lękowych.

Warto jednak wskazać, że odnalezione rekomendacje nie są ze sobą do końca zgodne w odniesieniu do prowadzenia badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej. Część odnalezionych wytycznych/przeglądów wskazuje na zasadność prowadzenia badań przesiewowych w kierunku depresji u kobiet ciężarnych i w okresie poporodowym, zaznaczając przy tym, że powinno być jednocześnie zapewnione odpowiednie rozpoznanie, leczenie i monitorowanie (USPSTF 2016, ICSI 2016, O'Connor 2016). Z kolei rekomendacje kanadyjskie (CTFPHC) oraz brytyjskie (UK NSC) nie zalecają rutynowego skryningu w kierunku depresji u kobiet w stanie okołoporodowym i poporodowym. Zwracają jednak uwagę na to, że personel medyczny powinien być czujny na możliwość wystąpienia depresji, szczególnie w przypadku pacjentów z cechami, które mogą

zwiększyć jej ryzyko (bezsenna, obniżony nastrój, brak odczuwania przyjemności, myśli samobójcze). Rekomendacje australijskie (RACGP) podkreślają, że do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia depresji należą kobiety w ciąży i w okresie poporodowym.

W ramach programu przewidziane są maksymalnie 3 konsultacje z psychologiem dla jednej pacjentki. Celem konsultacji będzie weryfikacja wyników ankiety ESDP. Konsultacje z psychologiem będą dostępne dla kobiet, które wypełniły formularz razem z położną, jak również dla kobiet, które wypełniły go samodzielnie poprzez stronę internetową. W przypadku potwierdzenia diagnozy depresji poporodowej, psycholog ustali z pacjentką dalszą ścieżkę postępowania. Leczenie pacjentki, w tym również konieczność podjęcia leczenia farmakologicznego, będzie realizowane w ramach świadczeń gwarantowanych.

Australijskie wytyczne wskazują, że konsultacje psychologiczne (niepouczające) przeprowadzane w środowisku domowych mogą być rozważone, jako element procesu leczenia łagodnych lub średnich form depresji występującej w okresie poporodowym (Beyondblue i NHMRC, 2011).

Należy zaznaczyć, że konsultacje psychologiczne są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. W projekcie podkreślono jednak, że aby skorzystać z pomocy psychologicznej wymagane jest skierowanie od lekarza POZ lub psychiatry. Ponadto wskazano, że dostęp do świadczeń psychiatrycznych i psychologicznych w wielu miejscach w Polsce jest niewystarczający, a kolejki oczekujących sięgają kilku miesięcy. Informacje te zostały zweryfikowane i obecny czas oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego wynosi ok. 3 tygodnie.

Należy zwrócić uwagę, że populacja ocenianego programu pokrywa się z populacją kobiet po urodzeniu dziecka, które są objęte Programem Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020. W obowiązującym Programie Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020, kobiety także wypełniają kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, jednak ma to miejsce podczas pobytu w szpitalu po porodzie. Natomiast oceniany program zakłada interwencje m.in. wypełnianie kwestionariusza z położną lub pielęgniarką w środowisku domowym (a także samodzielnie poprzez stronę internetową) i konsultacje psychologa w miejscu zamieszkania kobiety lub w podmiocie medycznym, w okresie do roku od urodzenia dziecka.

Na podstawie treści ocenianego projektu programu nie można określić w jaki sposób program ten wpłynie na realizację Programu Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020. Zaznaczono, że programem nie zostaną objęte kobiety, których ciąża zakończyła się niepowodzeniem położniczym. Argumentuje się to tym, że kobiety takie objęte są wsparciem psychologicznym w ramach obowiązujących standardów opieki okołoporodowej. Jest to założenie prawidłowe w świetle obowiązujących przepisów.

Planowane interwencje obejmują także szkolenia z zakresu wczesnej identyfikacji depresji poporodowej oraz stosowania formularza ESDP dla kwalifikowanych położnych i pielęgniarek POZ, które w ramach swoich obowiązków przeprowadzają wizyty patronażowe. W przypadku dostępności miejsc możliwy będzie również udział w szkoleniach lekarzy POZ, którzy będą chcieli uzupełnić wiedzę w tym zakresie. Ma to zwiększyć dostrzegalność problemu depresji poporodowej w czasie wizyt lekarskich kobiet zgłaszających problem z własnym, czy też dziecka, zdrowiem.

Szkolenia mają być prowadzone przez lekarzy specjalistów psychiatrów i psychologów (preferowane przez wnioskodawcę kwalifikacje: stopień doktora nauk medycznych lub w przypadku psychologów odpowiedni stopień doktorski). Wielkość grupy szkoleniowej nie będzie przekraczała 20 osób, a szkolenie ma trwać do 6 godzin lekcyjnych. Założono, że najwięcej szkoleń odbędzie się w 2018 roku, na początku realizacji programu.

Przeprowadzenie szkoleń doskonalących jest zgodne z odnalezionymi rekomendacjami Unii Europejskiej z 2015 r., które mówią, że programy szkoleniowe dla personelu medycznego zmniejszają potencjalne uchybienia w przebiegu procesu leczenia depresji oraz przyczyniają się do zmniejszenia liczby samobójstw; jednak programy krótkoterminowe nie pociągają za sobą długofalowych efektów i istnieje potrzeba kontynuacji edukacji.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu opisano poprawnie, uwzględniając w jego ramach zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń.

Ewaluacja przeprowadzona zostanie na podstawie wskazanych w treści projektu mierników efektywności. Należy jednak zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki wymagają uzupełnienia, co zostało skomentowane w części dot. celów i mierników efektywności. Należy przede wszystkim uwzględnić odsetek nowo zdiagnozowanych kobiet z depresją poporodową oraz wpływ działań edukacyjnych na zwiększenie świadomości kobiet i ich bliskich nt. depresji poporodowej. Warto podkreślić, że ewaluacja programu jest istotna zarówno w kontekście oceny wpływu na zdrowie populacji, jak i kwestii planowania przyszłych programów polityki zdrowotnej.

Zaznaczono także, że po 3 latach realizacji programu, Rada ds. Oceny Programu wykona pogłębioną analizę efektywności programu. W treści projektu również „sugeruje się przeprowadzenie ewaluacji efektywności w dłuższej perspektywie czasu (np. po roku od zakończeniu programu)”. Ewaluacja powinna rozpocząć się po zakończeniu programu i trwać jeszcze kilka lat, tak aby możliwa była analiza zebranych danych.

Warunki realizacji

W treści projektu programu przedstawiono bardzo ogólnie części składowe programu (logistyczno-administracyjna, merytoryczna, oceniająca), etapy realizacji programu i harmonogram działań.

Projekt zawiera odniesienie do kwestii wyboru realizatora i jego zadań. Utworzona zostanie także Rada ds. Oceny Programu w skład, której wchodzić będzie przynajmniej jeden przedstawiciel każdego realizatora. Każdy z realizatorów ma oddelegować eksperta spełniającego ww. kryteria do udziału w pracach ww. Rady. Zadaniem Rady będzie m.in. przygotowanie analizy dot. zaproponowanych w ramach programu zadań oraz wprowadzenie możliwych zmian/usprawnień oraz nadzór nad procesem monitorowania i ewaluacji.

Brakuje informacji o powiązaniu programu ze świadczeniami obecnie finansowanymi. Nie opisano kompetencji wszystkich osób, które mają być zaangażowane w realizację interwencji w programie. Kwestie należy uzupełnić.

W sposób pobieżny przedstawiono planowane koszty jednostkowe oraz koszt całkowity programu. Projekt programu nie zawiera kosztów z podziałem na lata jego realizacji ani z dokładnym podziałem na poszczególne interwencje wraz z ich planowaną liczbą. Okres realizacji programu zaplanowano na 2018-2023, jednak koszt przedstawiono jedynie na 3 pierwsze lata realizacji. W kontekście przedstawionych kosztów i oszacowań populacji (3 lata) wyjaśnienia wymaga przyjęty czas realizacji (6 lat). Informacje w całym projekcie powinny być ze sobą spójne.

Koszt opracowania i druku materiałów edukacyjno-informacyjnych oszacowano na 700 000 zł. Natomiast przygotowanie strony internetowej oraz zapewnienie wsparcia ze strony specjalisty w ramach prowadzenia forum, wyceniono na 17 000 zł. Nie jest jasne jakie kompetencje posiadać powinien ww. specjalista. Ponadto, w kosztorysie nie wyszczególniono dokładnego kosztu przewidzianego na wynagrodzenie dla psychologa, który będzie odpowiedzialny za udzielanie odpowiedzi na forum, ani kosztów obsługi informatycznej strony internetowej.

Całkowity koszt przeprowadzania szkoleń dla personelu medycznego wynosi 312 000 zł, jednak jego weryfikacja jest utrudniona, ponieważ nie przedstawiono kosztów poszczególnych składowych (wynajmu sali, organizacji spotkania, wynagrodzenia wykładowcy) oraz liczby planowanych szkoleń. Ponadto konsultacje psychologiczne wyceniono na 98 zł/godz., a dodatek dla położnej na 50 zł miesięcznie. Nie przedstawiono źródeł informacji, na podstawie których dokonano powyższych oszacowań.

Należy zauważyć, że w treści projektu programu oszacowano liczbę konsultacji psychologicznych (215 000), nie wskazano jednak przewidzianego czasu poświęconego na jedną pacjentkę. Przyjmując, że wizyta u psychologa będzie trwała 1 godzinę, to sam koszt realizacji konsultacji psychologicznych w ciągu 3 lat trwania programu wyniesie ok. 21 000 000 zł (215 000 kobiet, które skorzystają z konsultacji psychologa wg założeń wnioskodawcy x 98 zł). Założono natomiast, że na pierwsze 3 lata

realizacji programu (dot. to wszystkich interwencji) zostanie przeznaczony co najmniej 15 000 000 zł. Kwestia ta wymaga wyjaśnienia.

W projekcie pojawia się również informacja, że: „ koszt jednostkowy w skali 3 lat to ok. 20 zł”. Nie sprecyzowano jednak czego dotyczy ten koszt. Dodatkowo wskazuje się, że „dalsze finansowanie programu będzie zależać od wyników pogłębionej analizy efektywności programu oraz możliwości finansowych”. Zatem brak jest jednoznacznych informacji dot. dalszego finansowania programu. W projekcie nie oszacowano także kosztów pracy Rady ds. Oceny Programu ani monitorowania i ewaluacji, co należy uwzględnić.

Program będzie współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego, a także pogorszenie funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji.

Depresja poporodowa (pure postpartum depression) pojawiają się w pierwszych czterech tygodniach po porodzie (10-20% kobiet wykazuje objawy depresji w pierwszym tygodniu po porodzie). Narastanie objawów występuje w ciągu 30 dni od urodzenia dziecka. Duża część kobiet (25-35%) cierpi z powodu obniżonego nastroju już w okresie ciąży, ale jedynie 20% z tych kobiet spełnia kryteria zaburzeń depresyjnych typu małej lub dużej depresji wg DSM IV. Występowanie depresji w ciąży jest rzadsze niż po porodzie

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386), świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych. W ramach świadczeń dla dorosłych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych gwarantowane są m.in: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa realizowane przez: psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psychologa, osobę prowadzącą psychoterapię, specjalistę w dziedzinie psychiatrii, lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

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

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

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

W toku wyszukiwania odnaleziono wytyczne kliniczne:

- U.S. Preventive Services Task Force - USPSTF 2016
- Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI 2016
- Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC 2013
- UK National Screening Committee - UK NSC 2011
- The Royal Australian College of General Practitioners - RACGP 2016
- European Union - EU 2015
- The National Institute for Health and Care Excellence- NICE 2014, 2016, 2017
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists - RANZCP 2015
- Raport „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska” - EZOP 2012

Rekomendacje amerykańskie zalecają rutynowy skryning kobiet w ciąży oraz kobiet w okresie poporodowym, w kierunku depresji. Natomiast rekomendacje kanadyjskie oraz brytyjskie nie zalecają rutynowego skryningu w kierunku depresji u kobiet w stanie okołoporodowym i poporodowym. Jednak zwracają uwagę na to, że personel medyczny powinien być czujny na możliwość wystąpienia depresji, szczególnie w przypadku pacjentów z cechami, które mogą zwiększyć jej ryzyko (bezsenna, obniżony nastrój, brak odczuwania przyjemności, myśli samobójcze). Rekomendacje australijskie zaznaczają, że do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia depresji należą kobiety w ciąży i w okresie poporodowym. Personel medyczny, w ramach ogólnej rozmowy dot. stanu zdrowia pacjentki, powinien rozważyć zadanie kobiecie będącej w okresie poporodowym, pytań dot. depresji i samopoczucia, a następnie przeprowadzenie badania opartego na kwestionariuszu EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) lub PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Odnalezione rekomendacje są zgodne co do tego, że kobietom w okresie poporodowym można przeprowadzić badanie za pomocą kwestionariusza EPDS lub PHQ9.

USPSTF 2016 rekomenduje, aby skryning w kierunku depresji był prowadzony w populacji osób dorosłych (18+), z uwzględnieniem kobiet w ciąży oraz kobiet w okresie poporodowym. Badania przesiewowe powinny być realizowane w warunkach zapewniających odpowiednie rozpoznanie, leczenie i monitorowanie.

Testem powszechnie stosowanym w USA jest Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ - Patient Health Questionnaire). Inne testy przesiewowe w kierunku depresji są często wykorzystywane w celu identyfikacji osób dorosłych (w starszej grupie wiekowej), kobiet w ciąży, bądź kobiet które niedawno urodziły. Osoby, w przypadku których test dał wynik pozytywny, powinny zostać poddane dalszej ocenie, celem określenia stopnia ciężkości obecnej depresji, występowania chorób fizycznych mogących przyczynić się do nasilenia symptomów, bądź też innych chorób psychicznych (np. niepokoju). Lekarze powinni poddać skryningowi oraz monitorować depresję w przypadku kobiet w ciąży oraz w okresie poporodowym.

Lekarze powinni być wyczuleni na symptomy depresji w przypadku pacjentów z grup wysokiego ryzyka. Do takiej grupy należą kobiety w ciąży i w okresie poporodowym. W przypadku kobiet w okresie poporodowym zastosować można Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Personel medyczny, w ramach ogólnej rozmowy dot. stanu zdrowia pacjentki, powinien rozważyć zadanie kobiecie będącej w okresie poporodowym, następujących pytań dot. depresji i samopoczucia:

- Czy podczas ostatnich miesięcy, często miała Pani poczucie zaniepokojenia, przygnębienia lub bezradności?
- Czy podczas ostatnich miesięcy, często odczuwała Pani brak zainteresowania lub przyjemności z wykonywanych czynności?

- Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni, miała Pani poczucie zdenerwowania, niepokoju? J
- Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni, niepokoiło Panią, że nie potrafi Pani zatrzymać lub kontrolować niepokoju?

Jeśli kobieta odpowie twierdząco na którekolwiek z ww. pytań, jest narażona na ryzyko wystąpienia depresji, personel medyczny (także personel przeprowadzający wizyty u pacjentki w domu) powinien rozważyć: zastosowanie kwestionariusza Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS lub PHQ-9 jako narzędzia pełnej oceny, lub skierowanie pacjentki do jej lekarza ogólnego, lub jeśli podejrzewa się poważny problem zdrowia psychicznego – do specjalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym.

Gdy diagnozuje się osobę, u której może występować depresja, przeprowadzona powinna zostać kompleksowa ocena, która będzie się opierała nie tylko na liczbie objawów. Pod uwagę należy wziąć zarówno stopień zaburzeń czynnościowych i/lub niezdolności związanej z możliwością występowania depresji oraz czasem trwania epizodu. Gdy ocenie podlega osoba, u której występować może depresja, należy rozważyć konsultacje z odpowiednim specjalistą celem opracowania planu i strategii leczenia.

Wszystkie interwencje powinny być udzielane przez odpowiednio wykwalifikowany personel. Psychologiczne oraz psychospołeczne interwencje powinny opierać się na odpowiednich metodach leczenia, określających strukturę i czas trwania interwencji. (

Osobom z objawami depresji poronnej, depresji w stopniu od łagodnego do umiarkowanego, należy zaoferować jedną (bądź więcej) z poniższych interwencji, w zależności od preferencji danej osoby:

- indywidualnie prowadzona samopomoc oparta na zasadach terapii poznawczo-behawioralnej (cognitive behavioural therapy (CBT)),
- skomputeryzowana terapia poznawczo-behawioralna (CCBT),
- zorganizowany program aktywności fizycznej

Interwencje psychologiczne w przypadku pacjentów z depresją w stopniu od łagodnego do umiarkowanego powinny być dostarczane wyłącznie przez odpowiednio przeszkolonych lekarzy (stosowne podejście oparte na dowodach). Pierwszą linią leczenia powinna być psychoterapia.

Interwencje psychologiczne, w szczególności IPT oraz CBT, powinny być preferowanym sposobem leczenia depresji w stopniu od łagodnego do umiarkowanego w okresie ciąży oraz po porodzie.

W przypadku osób z ciężką depresją, depresją umiarkowaną oraz złożonymi problemami, należy rozważyć skierowanie do opieki specjalistycznej, gdzie usługi świadczone będą przez wielodyscyplinarny zespół.

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

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

Promocja zdrowia psychicznego nie może być ograniczona do edukacji publicznej. Kwestie związane ze zdrowiem psychicznym należy uwzględniać także w programach rozwoju społeczno-gospodarczego kraju. Należy przygotować modelowe programy promocji zdrowia psychicznego dla społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni. Oprócz promocji adresowanej do ogółu ludności, działań promocyjnych wymagają środowiska i ludzie o niskim kapitale społecznym, osoby bez pracy – nie tylko bezrobotni, ale także emeryci, renciści i gospodynie domowe, osoby pozbawione stałego partnera – szczególnie po rozwodzie lub śmierci partnera.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.440.5.2017 „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” realizowany przez: Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, wrzesień 2017, Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 305/2017 z dnia 18 września 2017 roku o projekcie programu „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” Ministra Zdrowia.