



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 37/2019 z dnia 22 marca 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki
Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-
mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania
zaburzeń lękowych” realizowanego przez województwo warmińsko-
mazurskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania zaburzeń lękowych” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej był przedmiotem oceny Agencji w 2018 r. i uzyskał negatywną opinię Prezesa Agencji. W aktualnie ocenianym projekcie uwzględniono uwagi Prezesa Agencji, dotyczące w szczególności doprecyzowania zaplanowanych interwencji diagnostycznych i sposobu postępowania z pacjentem. Zatem przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom, może stanowić uzupełnienie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Niemniej jednak w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, należy uwzględnić poniższe uwagi odnoszące się do poszczególnych elementów projektu.

Jeden ze szczegółowych celów programu stanowi powielenie założenia głównego programu i wymaga przeformułowania.

Należy pamiętać, że niektóre z zaplanowanych badań diagnostycznych stanowią świadczenia gwarantowane, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Warto zwrócić uwagę, że w projekcie należałoby także uwzględnić współpracę z Centrami Zdrowia Psychicznego i lekarzami POZ.

Monitorowanie wymaga doprecyzowania w odniesieniu do oceny zgłaszalności i jakości świadczeń w programie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu dotyczący do problemu zdrowotnego, jakim są zaburzenia lękowe. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 2 996 862,71 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2022.

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



w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 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 program wpisuje się w priorytet: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Przedmiotowy program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego, jakim są zaburzenia lękowe. W projekcie przedstawiono opis problemu zdrowotnego oraz dane epidemiologiczne, w szczególności w skali regionalnej, odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Zgodnie z MPZ w zakresie zaburzeń psychicznych w 2014 r. w województwie warmińsko-mazurskim najwięcej nowych przypadków zachorowań oraz hospitalizacji dotyczyło zaburzeń lękowych. Zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności dla zaburzeń lękowych wyniosła 531,2, a chorobowość rejestrowana 4238,6 na 100 tys. ludności.

Wyniki badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP - Polska”, przeprowadzonego na grupie 10 081 mieszkańców Polski w wieku 18-64 lata, wykazały częstość występowania zaburzeń lękowych uogólnionych w ciągu życia na poziomie 1,1% badanej populacji.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie wykrywalności o 5% w zaburzeń lękowych u aktywnych zawodowo mieszkańców w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2019-2022”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W projekcie wskazano także 3 cele szczegółowe:

(1) „zwiększenie o 5 % liczby wykrywanych przypadków zaburzeń lękowych we wczesnym stadium u osób aktywnych zawodowo w latach 2019-2022 województwie warmińsko- mazurskim”,

(2) „wzrost świadomości 20% osób aktywnych zawodowo w wieku 18-64 lata mieszkających w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2019-2022 w zakresie występowania zaburzeń lękowych, ich profilaktyki oraz diagnostyki”,

(3) „zmniejszenie o 5% zachorowalności i umieralności z powodu zaburzeń lękowych u osób aktywnych zawodowo w latach 2019-2022 mieszkających w województwie warmińsko- mazurskim”.

Należy podkreślić, że dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Ww. założenia szczegółowe programu zostały przekonstruowane na podstawie poprzednich uwag Prezesa Agencji. Jednak warto zaznaczyć, że pierwszy cel szczegółowy stanowi powielenie celu głównego programu, co wymaga korekty.

W treści projektu przedstawiono 5 mierników efektywności, które odnoszą się do wszystkich celów programu. Tym samym uwzględniono uwagi Prezesa Agencji w przedmiotowym zakresie.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią aktywni zawodowo mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego. Na potrzeby programu dolna granica wieku została arbitralnie ograniczona do 18 lat, a górna do 64 lat dla mężczyzn i 59 lat dla kobiet.

Dane dotyczące liczebności populacji zostały oszacowane na podstawie badania EZOP 2014. Działaniami edukacyjnymi w ramach programu planuje się objąć minimum 20% docelowej populacji

(mężczyzn w wieku 18-64 lata i kobiet w wieku 18-59 lat), czyli około 131 tys. osób w całym okresie trwania programu. Działaniami diagnostycznymi planuje objąć się około 1,5% populacji, co stanowi około 10 tys. mieszkańców, w całym okresie trwania programu. Natomiast udział w terapii przewidziany został dla 625 osób (0,1% populacji docelowej). W skali roku zakłada się objęcie działaniami edukacyjnymi około 32 750 osób, działaniami diagnostycznymi około 2 500 osób i terapią około 156 osób. Dokładne określenie liczby osób objętych interwencjami oraz rezygnacja z wyróżnienia populacji powyżej 50. r.ż. jest zgodne z uwagami Prezesa Agencji.

Określono kryteria formalne włączenia do programu oraz warunki udziału w działaniach edukacyjnych. Włączenie do działań diagnostycznych będzie odbywało się poprzez wypełnienie przez pielęgniarkę ankiety dotyczącej występowania subiektywnych kryteriów włączenia do badania. Następnie lekarz wykona wstępną ocenę sytuacji klinicznej pacjenta poprzez ocenę stanu psychicznego przy użyciu kwestionariusza GAD-7 oraz PHQ-9, co jest zgodne z wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Rozpoznanie i kwalifikacja do dalszych działań terapeutycznych opierać się będzie na ocenie klinicznego prawdopodobieństwa występowania zaburzeń lękowych, oszacowanego za pomocą jednej ze sposobów klasyfikacji: DSM-IV lub ICD-10. Należy podkreślić, iż klasyfikacja DSM-IV wskazywana jest w wytycznych NICE 2018.

W ramach kryteriów wykluczenia z programu wskazano, że z programu nie będą mogły skorzystać osoby, które są już objęte opieką poradni psychologicznej, poradni psychiatrycznej, w zakresie obejmującym działania zaplanowane w programie.

Podsumowując, w projekcie uwzględniono uwagi Prezesa Agencji odnoszące się do populacji docelowej oraz kryteriów kwalifikacji do udziału w programie.

Interwencja

Wśród interwencji w ocenianym programie zaplanowano działania edukacyjne oraz diagnostyczno-terapeutyczne.

Zakres tematyczny edukacji zdrowotnej jest zgodny z wytycznymi w przedmiotowym zakresie i dotyczy specyfiki wykrywania zaburzeń zdrowia psychicznego, zaburzeń lękowych, stresu w pracy, jego następstw zdrowotnych, skuteczności wcześniej podjętego leczenia, konsekwencji zaniedbań diagnostycznych i bagatelizowania objawów chorobowych oraz czynników ryzyka. Moduł edukacyjny ma być prowadzony przez edukatora zdrowotnego, w każdej jednostce samorządu terytorialnego na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, 2 razy w roku.

Działania edukacyjne w ramach programu mają być nakierowane na osoby w wieku aktywności zawodowej. W projekcie zaplanowano działania edukacyjne, które mają bezpośrednie przełożenie na aktywizację zawodową pracowników tj. doradztwo zawodowe, profilaktykę w miejscu pracy, minimalizowanie lęku i wypalenia zawodowego. W dowodach naukowych wskazuje się na skuteczność wdrażania tzw. rehabilitacji zawodowej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi (Crowther 2001, Heffernan 2011). Rekomendacje kliniczne również wskazują doradztwo zawodowe jako jedno z działań zalecanych w ramach rehabilitacji psychiatrycznej (JCPMF 2016).

W ramach interwencji z zakresu terapii zaburzeń lękowych zaplanowano wstępną ocenę stanu psychicznego przez lekarza psychiatrę - przy użyciu np. kwestionariusza GAD-7, PHQ-9 wraz z zebraniem wywiadu w kierunku występowania zaburzeń lękowych i psychicznych.

Kwestionariusz GAD-7 służy do wykrywania zaburzeń lękowych uogólnionych i cechuje się dobrą czułością i swoistością diagnostyczną. Wyższa punktacja w skali GAD-7 koreluje z większym upośledzeniem funkcjonowania. Skalę opracowano i walidowano w oparciu o kryteria DSM-IV. Nie jest zatem jasne dlaczego w kryteriach diagnostycznych programu odwołano się do klasyfikacji ICD-10.

Z kolei kwestionariusz PHQ-9 jest narzędziem wykorzystywanym przede wszystkim do wykrywania zaburzeń depresyjnych czyli zgodnie z klasyfikacją ICD-10: F30. W projekcie nie zaplanowano diagnozowania zaburzeń depresyjnych, jednak mogą być one powiązane ściśle z zaburzeniami lękowymi (Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane, kod ICD-10: F41.2.).

Warto zaznaczyć, że zarówno kwestionariusz PHQ-9 jak i GAD-7 stanowią zalecane narzędzia diagnostyczne na podstawie wytycznych NICE 2010, 2011 w wykrywaniu zaburzeń lękowych.

Po przeprowadzonej ocenie za pomocą kwestionariuszy PHQ-9 i GAD-7 zostanie przygotowany plan terapeutyczny. Podczas procesu konsultacyjnego zostanie dla uczestnika programu wskazana właściwa forma terapeutyczna – prowadzenie terapii indywidualnej lub grupowej. Ustalona zostanie także przyczyna występowania zaburzeń i objęcie jej (w razie potrzeby) terapią. Kolejnym elementem modułu będzie wdrożenie działań terapeutycznych. W okresie 12 miesięcy przewiduje się, w zależności od potrzeb, odbycie minimalnie 12 spotkań terapeutycznych (raz w miesiącu) z uczestnikami programu, w ramach których będą prowadzone działania, z zakresu interwencji psychospołecznych, a także terapii poznawczo-behawioralnej (radzenia sobie ze stresem, zapewniania wsparcia społecznego, edukacji, technik pamięciowych), arteterapii (terapia narracyjna, drama) oraz metod warsztatowych (np. warsztaty umiejętności okazywania emocji, wyrażania uczuć, doradztwo zawodowe, podnoszenie kompetencji osobistych).

Powyższe interwencje znajdują odzwierciedlenie w wytycznych NICE 2011 oraz JCPMF 2016. Dodatkowo wytyczne NICE 2011 sugerują stosowanie biblioterapii (stosowanie materiałów czytelniczych jako pomocy terapeutycznej z asystą lekarza lub bez). Zwraca się również uwagę na fakt, że terapia behawioralno-poznawcza (CBT) jest zgodnie z wytycznymi NICE zalecaną metodą postępowania terapeutycznego w zaburzeniach zdrowia psychicznego (2013, 2011, 2011A, 2005A, 2005B). Należy jednak zaznaczyć, że jej rekomendowany rodzaj, częstość i czas trwania różnią się w zależności od rodzaju zaburzenia.

Po roku prowadzenia powyższych działań w ramach modułu diagnostycznego planuje się przeprowadzenie powtórnego spotkania konsultacyjnego, na którym lekarz wykona powtórny ocenę sytuacji klinicznej pacjenta poprzez ocenę stanu psychicznego przy użyciu kwestionariusza GAD-7 oraz PHQ-9, porówna wyniki początkowe z końcowymi oraz omówi je z uczestnikiem.

Jeżeli w trakcie programu u uczestnika zostanie stwierdzone zaburzenie psychiczne, wykraczające poza zakres tematyczny programu, osoby będą informowane o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych poza programem.

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).

Podsumowując, zapisy dotyczące planowanych interwencji zostały uszczegółowione, a planowane działania znajdują odzwierciedlenie w wytycznych w przedmiotowym zakresie.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie zgłaszalności do programu należy uzupełnić w zakresie analizy liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona na podstawie analizy wyników anonimowych ankiet satysfakcji wśród uczestników. Przy czym w załączonym do projektu formularzu kwestionariusza brak jest pytań dotyczących kwestii działań edukacyjnych, które mają być realizowane w ramach projektu, co wymaga korekty.

Ewaluacja programu ma się opierać na zaproponowanych miernikach efektywności. Należy pamiętać, że ewaluacja stanowi źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową, wykraczającą znacznie poza okres trwania programu, co zostało uwzględnione w zapisach projektu Ocena efektywności programu powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera opis jego organizacji z wyszczególnieniem kolejnych etapów programu. Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Odniesiono się także do kompetencji/warunków niezbędnych do realizacji programu.

W projekcie określono tryb zapraszania do programu. W tym celu zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej za pomocą np. lokalnych mediów, stron internetowych jednostek samorządu terytorialnego, placówek medycznych oraz plakatów i ulotek. Odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie. Wskazano także, że rezygnacja z udziału w programie będzie możliwa na każdym jego etapie, na życzenie uczestnika.

Koszt całkowity został określony na 2 996 862,71 zł. W projekcie oszacowano koszt jednostkowy na jednego uczestnika w odniesieniu do działań diagnostycznych i edukacyjnych. Budżet został zweryfikowany zgodnie z uwagami Prezesa Agencji.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rozpoznanie zaburzeń lękowych dokonuje lekarz psychiatra. Zazwyczaj pierwszą diagnozę stawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który następnie kieruje pacjenta do lekarza psychiatry. Osoby chorujące na zaburzenia lękowe wymagają konsultacji u specjalisty w celu prawidłowej diagnostyki i różnicowania z innymi zaburzeniami psychicznymi oraz chorobami somatycznymi.

Alternatywne świadczenia

Aktualnie w Polsce realizowany jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który ukierunkowany jest na upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, upowszechnienie różnych form pomocy i wsparcia społecznego, aktywizację zawodową, skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy oraz wsparcie psychologiczno-pedagogiczne uczniów, rodziców i nauczycieli.

W ramach świadczeń gwarantowanych finansowane są świadczenia z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz w warunkach dziennych psychiatrycznych.

Ocena technologii medycznej

Odnaleziono rekomendacje kliniczne m.in.: Joint Commissioning Panel for Mental Health (JCPMH 2016) oraz National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2011, 2018).

Wytyczne kliniczne zwracają 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 (JCPMH 2016). 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;

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 2018 r.).

W zaburzeniach psychicznych o łagodnym i umiarkowanym przebiegu zaleca się m.in.:

- w zespole lęku uogólnionego (GAD), który nie uległ poprawie po zakończeniu psychoedukacji indywidualną biblioterapię wspomagana przez specjalistę lub z minimalnym udziałem specjalisty, grupy psychoedukacyjne (NICE 2011).

Wyniki przeglądu systematycznego Kelly 2011 wskazują, 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.

Przegląd systematyczny Cerimele 2010 miał być podstawą do oceny integracji usług medycznych podstawowej opieki w placówkach opieki psychiatrycznej. Wyniki pokazały, że umieszczenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w placówkach opieki psychiatrycznej poprawia utrzymanie zdrowia, koordynację opieki i zadowolenie z niepsychiatrycznych usług opieki.

W przeglądzie systematycznym Stonerock 2015, oceniano wpływ ćwiczeń fizycznych na doświadczanie lęku wśród osób dorosłych ze zdiagnozowanymi zaburzeniami lękowymi. Wykazano, że ćwiczenia fizyczne mogą stanowić przydatną, przystępną cenowo i dostępną metodę leczenia zaburzeń lękowych. Brak jest jednak danych pochodzących z dobrze zaprojektowanych RCT, a ograniczenia metodologiczne w istniejących badaniach dotyczących ćwiczeń, uniemożliwiają wyciągnięcie ostatecznych wniosków nt. ich skuteczności.

Celem przeglądu systematycznego Abbas 2014 była ocena skuteczności krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej (STPP) w leczeniu osób dorosłych z powszechnymi zaburzeniami psychicznymi. Po zestawieniu i przeanalizowaniu uzyskanych wyników stwierdzono znacząco większą poprawę w grupach, w których stosowano STPP w porównaniu z grupami kontrolnymi zarówno w krótkoterminowym (poniżej 3 miesięcy po zakończenia leczenia) jak i średnim okresie obserwacji (3-6 miesięcy po zakończeniu leczenia). Wielkość efektu zwiększała się w dłuższej perspektywie czasowej.

W metaanalizie Montero-Martin 2017 oceniano wpływ technik relaksacyjnych na redukcję objawów lękowych u osób dorosłych w porównaniu do CBT. Stwierdzono, że relaksacja wydaje się być mniej skuteczna niż CBT w leczeniu PTSD oraz zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Może być również mniej skuteczna w rocznym okresie obserwacji (follow up) w zespole lęku napadowego, jednak brak jest dowodów w odniesieniu do tego czy jest również mniej skuteczna w leczeniu innych zaburzeń lękowych.

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.6.2019 „Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania zaburzeń lękowych”, realizowany przez: województwo warmińsko-mazurskie, Warszawa, marzec 2019, Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny” z lutego 2015 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 73/2019 z dnia 18 marca 2019 roku o projekcie programu „Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania zaburzeń lękowych”.