



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 67/2019 z dnia 29 maja 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16-18 lat z terenu
województwa lubelskiego na lata 2020-2025”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16-18 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2020-2025”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych w zakresie zdrowia psychicznego młodzieży. Należy podkreślić, że obecnie realizowane są programy polityki zdrowotnej o zasięgu krajowym tj.: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022 oraz Program Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020. Interwencje zaplanowane w ramach opiniowanego programu pozostają spójne z działaniami realizowanymi w ramach ww. programów ogólnopolskich oraz znajdują odzwierciedlenie w aktualnych wytycznych w zakresie zapobiegania depresji wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Ponadto program powinien uwzględniać głównie interwencje o charakterze profilaktycznym, a nie diagnostycznym. Dodatkowo należy podkreślić, że liczebność populacji, która ma zostać włączona do programu jest niewielka, zatem realizacja projektu może nie przełożyć się na osiągnięcie zaplanowanego celu głównego oraz uzyskanie efektów zdrowotnych w populacji. Powyższe kwestie, jak również uwagi do pozostałych elementów programu uniemożliwiają wydanie pozytywnej opinii Prezesa Agencji.

Poniżej przedstawiono uwagi odnoszące się do poszczególnych elementów programu.

Wskazane cele programowe wymagają przeformułowania zgodnie z koncepcją SMART. Należy także uzupełnić mierniki efektywności, tak aby umożliwiły zarówno ilościową jak i jakościową ocenę stopnia realizacji celów.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach NFZ oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia.

Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane w projekcie, jednak wymagają uzupełnienia zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

Budżet programu wymaga weryfikacji w odniesieniu do kosztów monitorowania i ewaluacji. Ponadto nie oszacowano planowanych kosztów na realizację programu w latach 2021-2025.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Budżet przeznaczony na realizację programu w 2020 r. wynosi 242 200 zł, zaś okres realizacji obejmuje lata 2020-2025.

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 programu odnosi się do problemu zdrowotnego dotyczącego zapobiegania depresji wśród dzieci i młodzieży. Przedstawiono informacje dotyczące depresji, jej objawów, metod leczenia, a także istotności profilaktyki i edukacji.

Opiniowany program realizuje następujący priorytet: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469).

W treści projektu przedstawiono ogólnoświatowe, ogólnopolskie oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondujące z analizowanym problemem zdrowotnym. Dane dotyczące odsetka dzieci i młodzieży wykazującego zaburzenia psychiczne, w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej, są podobne w wielu krajach i oscylują w granicach 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych, w 2016 roku w województwie lubelskim odnotowano 0,26 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji, co stanowiło 1,60% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby psychiczne. W woj. lubelskim odnotowano 8. największą liczbę hospitalizacji na 100 tys. dzieci.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zapobieganie epizodom depresyjnym wśród uczniów w wieku 16-18 lat z terenu województwa lubelskiego poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-diagnostycznopsychologicznej w latach 2020-2025”. Dodatkowo zdefiniowano 5 celów szczegółowych:

- „zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości na temat przyczyn występowania i możliwości zapobiegania oraz leczenia zaburzeń depresyjnych poprzez edukację bezpośrednią wśród uczniów w wieku 16-18 lat z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2025 roku”;
- „zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości na temat przyczyn występowania i możliwości zapobiegania oraz leczenia zaburzeń depresyjnych poprzez edukację pośrednią wśród rodziców/opiekunów prawnych uczniów z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2025 roku”;
- „zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości na temat wczesnego wykrywania, przyczyn, możliwości terapii zaburzeń depresyjnych oraz roli profilaktyki poprzez edukację pośrednią wśród nauczycieli i personelu szkolnego z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2025 roku”;
- „zwiększenie wykrywalności zaburzeń depresyjnych wśród uczniów w wieku 16-18 lat z terenu województwa lubelskiego poprzez działania diagnostyczne w okresie do 2025 roku”;

- „zmniejszenie negatywnych skutków zaburzeń depresyjnych poprzez indywidualną poradę psychologiczną wśród uczniów w wieku 16-18 lat z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2025 roku”.

W przypadku zaproponowanych założeń nie oszacowano wartości docelowych, jakie zamierza się osiągnąć w ramach realizacji programu. Tym samym cele programu nie są w pełni zgodne z regułą SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie i wymagają korekty.

W programie przedstawiono 8 mierników efektywności. Jednakże mierniki w postaci: „liczba uczniów, u których wykonano badanie przesiewowe wg skali depresji Becka (BDI)” oraz „liczba uczniów, u których wykonano badanie przesiewowe wg skali depresji Kutchera (KADS)” nie odnoszą się bezpośrednio do celów programu. Ponadto nie przytoczono mierników do celów szczegółowych dotyczących zwiększenia poziomu wiedzy wśród rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli i personelu szkolnego, a także do celu odnoszącego się do zwiększenia wykrywalności zaburzeń depresyjnych, co wymaga uzupełnienia.

Przy formułowaniu mierników efektywności należy pamiętać, iż zgodnie z definicją mierniki powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danych programie wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do młodzieży w wieku 16-18 lat z terenu województwa lubelskiego. Łączna liczba osób z grupy wiekowej adresatów programu wynosi ok. 62 446, co jest zbliżone do danych GUS. W projekcie zaznaczono, że w związku z zaplanowanym budżetem możliwe będzie objęcie działaniami 1 000 osób (ok. 1,6% populacji docelowej). W projekcie nie przytoczono informacji o populacji objętej interwencjami w latach kolejnych.

Rekomendacje potwierdzają zasadność stosowania badań przesiewowych w kierunku wykrywania depresji u dzieci powyżej 11 r.ż. (NICE 2017) lub 12 r.ż. (AAP 2018, USPSTF 2016).

W projekcie określono kryteria kwalifikacji do programu: wiek, uczęszczanie do szkoły z terenu województwa lubelskiego oraz wyrażenie przez rodzica/opiekuna prawnego pisemnej zgody na udział w programie. Kryterium wyłączenia będzie stwierdzenie faktu objęcia ucznia specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń psychicznych, bądź opuszczenie jednego z etapów programu.

W projekcie nie doprecyzowano, w jaki sposób potencjalni uczestnicy będą mogli zgłaszać się do programu. Wskazano jedynie, że rekrutacja odbywać się będzie za pośrednictwem szkół, które zgłoszą się do udziału w programie (podczas kwalifikacji szkół brana będzie pod uwagę kolejność zgłoszeń).

Odnosząc się do planowanej liczby uczestników programu należy podkreślić, iż objęcie programem tylko niewielkiego odsetka populacji może nie przełożyć się na osiągnięcie zaproponowanego celu głównego programu i uzyskanie efektów zdrowotnych w populacji. Ponadto w ramach programu nie oszacowano liczby rodziców/opiekunów prawnych oraz wybranych grup zawodowych, dla których przewidziano działania edukacyjne. Wszystkie powyższe kwestie wymagają uzupełnienia.

Interwencja

W ramach programu planowane jest przeprowadzenie działań edukacyjnych, badań przesiewowych w kierunku wykrycia depresji oraz indywidualnej porady psychologicznej dla osób, które uzyskają dodatni wynik w badaniu przesiewowym.

Edukacja uczestników będzie prowadzona w sposób bezpośredni przez dwuosobowy zespół składający się ze specjalistów takich jak: lekarz psychiatra/lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii/lekarz psychiatra dzieci i młodzieży/lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży/psycholog/psycholog kliniczny w formie warsztatów trwających 3 godziny dydaktyczne. Tematyka warsztatów będzie dotyczyć: przyczyn zaburzeń nastroju, objawów depresji, metod leczenia, objawów niepożądanych oraz sposobów postępowania w sytuacjach nawrotu. Pośrednio

działania skierowane będą również do rodziców/opiekunów prawnych uczniów, nauczycieli oraz personelu szkolnego.

W programie nie zaplanowano sprawdzenia poziomu wiedzy przed wdrożeniem planowanych działań edukacyjnych oraz po ich realizacji, mimo, że kilka celów szczegółowych programu odnosi się do zwiększenia wiedzy i świadomości zdrowotnej. Powyższe należy uwzględnić w programie.

Programy edukacyjne promujące zdrowie psychiczne oraz nakierowane na tematykę depresji są zalecane przez towarzystwa naukowe (AAP 2018, NICE 2017, EPA 2012). Rekomendacje NICE 2017 wskazują, że przekazywana wiedza powinna być dostosowana do wieku odbiorcy i powinna przedstawiać etiologię, przebieg oraz zasady leczenia depresji, włączając w to informację dotyczącą skutków ubocznych stosowania leków.

Przed przystąpieniem do badania przesiewowego osoba przeprowadzająca badanie oceni, czy stan zdrowia ucznia w danym dniu umożliwi poprawne przeprowadzenie skryningu. W tym celu specjalista będzie się opierał o kwestionariusz wypełniany przez rodziców/opiekunów prawnych dotyczący ogólnego stanu zdrowia dziecka, w którym znajdują się pytania m.in. dotyczące opieki poradni specjalistycznej, przyjmowania leków (nie doprecyzowano jakich) oraz objawów wskazujących na występowanie różnego rodzaju schorzeń.

Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji prowadzone będzie przez jednego ze specjalistów: lekarza psychiatrę/lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii/lekarza psychiatrę dzieci i młodzieży/lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży/psychologa/psychologa klinicznego, przy użyciu następujących narzędzi: skali depresji Becka (BDI) oraz skali depresji Kutchera dla młodzieży (KADS).

Po zakończonej części diagnostycznej rodzicom/opiekunom prawnym zostaną przekazane wyniki badań wraz z informacjami i wskazówkami dotyczącymi dalszego postępowania. Wyniki będą przekazywane w zamkniętych kopertach za pośrednictwem uczniów.

Zaproponowany w projekcie jeden z kwestionariuszy (skala depresji Becka) znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach (USPSTF). Natomiast zgodnie z odnalezionymi informacjami narzędzie KADS w wersji skróconej jest powszechnie stosowaną sześćo-elementową skalą pozwalającą na ilościowy pomiar objawów depresji u młodzieży, opracowaną na podstawie badania osób do 22 roku życia.

Ponadto w projekcie programu nie doprecyzowano, czy badanie przesiewowe będzie prowadzone przy użyciu obydwóch kwestionariuszy dla wszystkich uczestników, co wymaga doprecyzowania.

Każdy uczestnik, który uzyskał pozytywny wynik w badaniu przesiewowym weźmie udział w indywidualnej konsultacji ze specjalistą (lekarzem ze specjalizacją z zakresu psychiatrii, psychiatrą lub psychiatrą dzieci i młodzieży), w celu przeprowadzenia wywiadu pogłębionego. Powyższe podejście jest zgodne z rekomendacjami AAP 2018 i RACGP 2017.

Indywidualna porada psychologiczna przeprowadzona będzie w szkole lub siedzibie realizatora. Zakres działań będzie obejmował: psychoedukację, interwencje uwzględniające zdolności poznawcze, trening umiejętności społecznych, w tym umiejętności rozwiązywania konfliktów; nazywanie i wyrażanie uczuć; techniki radzenia sobie ze stresem oraz negatywnymi emocjami. Działania mają być prowadzone z zachowaniem wszelkich zasad anonimowości.

W przypadku potwierdzenia zaburzeń rodzic/opiekun prawny otrzyma opinię wraz z zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania, w tym skierowanie do dalszej opieki specjalistycznej w ramach NFZ.

Oceniany projekt zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (świadczenia terapeutyczne, m.in. porada lekarska diagnostyczna/terapeutyczna/kontrolna, niezbędne badania diagnostyczne, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin). Program wydaje się być spójny merytorycznie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Ponadto projekt po części powiela interwencje realizowane w ramach Programu Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020 realizowanego przez

Ministra Zdrowia w zakresie edukacji społeczeństwa. Wartością dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych i/lub objętych programami realizowanymi przez Ministra są działania edukacyjne skierowane do nauczycieli/personelu szkolnego.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

W ramach oceny zgłaszalności do programu analizowane będzie jedynie liczba udzielonych zgód rodziców/opiekunów prawnych na udział dziecka w programie oraz liczba wypełnionych kwestionariuszy dotyczących stanu zdrowia dziecka. Warto rozważyć również analizę liczby osób, które zakwalifikowano do udziału w programie w danym roku, w tym w podziale na etapy oraz liczby rezygnacji z uczestnictwa w programie.

Ocena jakości świadczeń została zaplanowana poprawnie i będzie się opierać na analizie wyników ankiety satysfakcji skierowanej do rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w programie.

W ramach ewaluacji zaplanowano analizę liczby odbiorców działań edukacyjnych i diagnostycznych oraz uczestników indywidualnej porady psychologicznej, a także analizę ankiet satysfakcji. W kontekście edukacji sama liczba spotkań czy liczba osób w nich uczestniczących nie wpływa bezpośrednio na przyswojenie informacji. Dopiero dzięki sprawdzeniu wiedzy przed i po udziale w programie, np. za pomocą ankiety, możliwe będzie obiektywne i precyzyjne zmierzenie stopnia przyrostu wiedzy.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów, co nie zostało uwzględnione w ocenianym projekcie. W ramach ewaluacji należałoby uwzględnić nie tylko wskaźniki o charakterze ilościowym, ale także mierniki jakościowe umożliwiające ocenę efektów zdrowotnych /medycznych (np. wskaźniki epidemiologiczne dotyczące zachorowalności na depresję przed i po realizacji programu, wskaźniki dotyczące jakości życia itp.).

Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Projekt zawiera opis etapów i organizacji programu. Przedstawiono ogólne informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, które należałoby uszczegółwić.

Program zakłada przeprowadzenie działań informacyjno-rekrutacyjnych, w ramach których zaplanowano m.in. zamieszczenie informacji na stronie internetowej oraz na terenie siedziby realizatora, w mediach i na portalach społecznościowych, udostępnianie materiałów informacyjnych (broszur, plakatów).

W projekcie zawarto koszty jednostkowe oraz koszt całkowity realizacji wyłącznie na 2020 r. Całkowity koszt realizacji programu w 2020 r. oszacowano na 242 200 zł. W oszacowaniu kosztu jednostkowego nie uwzględniono kosztu monitorowania i ewaluacji. Nie przedstawiono kosztorysu na kolejne lata realizacji.

Program ma być w całości sfinansowany z budżetu województwa lubelskiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Problem zdrowotny dotyczy zapobiegania depresji wśród dzieci i młodzieży. Depresja jest jedną z najczęściej występujących chorób psychicznych, należących do grupy zaburzeń afektywnych. Do najczęstszych objawów należą: znacząco obniżony nastrój, zdecydowanie obniżenie napięcia psychoruchowego oraz zaburzenia rytmów okołodobowych i często występujące lęki.

Dane dotyczące odsetka dzieci i młodzieży wykazującego zaburzenia psychiczne, w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej, są dość zgodne w wielu krajach i oscylują w granicach 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że

pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.

Zgodnie z danymi National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017) zaburzenia zachowania częściej dotyczą chłopców niż dziewcząt – występują one u 7% chłopców oraz 3% dziewcząt w przedziale wiekowym 5-10 lat. W przypadku nastolatków w przedziale wiekowym 11-16 lat odsetek ten wzrasta do 8% u chłopców oraz 5% u dziewcząt. Co istotne zaburzenia zachowania często współwystępują z innymi problemami natury psychicznej: 46% chłopców i 36% dziewcząt ma co najmniej jeden współistniejący problem z zakresu zdrowia psychicznego.

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 z późn. zm.) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin.

W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie odbywa się w warunkach:

- stacjonarnych – psychiatrycznych, leczenia uzależnień oraz w izbie przyjęć,
- dziennych – psychiatrycznych i leczenia uzależnień,
- ambulatoryjnych – psychiatrycznych, leczenia środowiskowego (domowego) oraz leczenia uzależnień.

W ramach wskazanej opieki pacjentom bezpłatnie przysługują:

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

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

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

Kolejnym programem 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 odbywa się na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmują: 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 ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017), U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2016), American Academy of Pediatrics (AAP 2018), Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2017).

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

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

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

Skale i wystandaryzowane wywiady oparte na klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 są narzędziami powszechnie wykorzystywanymi w skryningu i ocenie występowania depresji u dzieci. Liczba kwestionariuszy dla dzieci poniżej 12 r.ż. jest ograniczona. Rekomenduje się, np. kwestionariusz MFQ (Mood Feeling Questionnaire) – dla dzieci w wieku 8 lat i starszych oraz kwestionariusz CDI 2 (Children Depression Inventory 2) – dla dzieci w wieku 7 lat i starszych (RACGP 2017).

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

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

W zakresie szkoleń personelu medycznego klinicyści powinni być zachęceni do odbywania szkoleń z zakresu diagnostyki i leczenia depresji (AAP 2018, NICE 2017).

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

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

Ponadto Biuro Analiz Sejmowych (BAS 2014) wskazuje, iż 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).

W przeglądzie systematycznym Cuijpers 2006 dotyczącym psychologicznej terapii u dzieci w wieku 7-18 lat, wyłonionych w badaniach przesiewowych (prowadzonych przy użyciu kwestionariuszy, np. CES-D) w szkołach, wskazano, że zmetaanalizowany efekt interwencji (8 badań, 12 interwencji) wyniósł $SDM=0,578$ (95%CI 0,372-0,783), można zatem uznać, że był w przedziale między umiarkowanym a dużym. NNS (Number Needed to Screen) wyliczone z 4 badań (8 interwencji), które prezentowały potrzebne dane, został oszacowany na 31 (95% CI 27-32). Zatem zgodnie z wynikami przeglądu, w celu zdiagnozowania i wdrożenia leczenia 1 przypadku depresji należy poddać badaniom przesiewowym 31 osób. Autorzy publikacji wnioskują, że badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania. Wyrażają równocześnie 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.

W ramach odnalezionych publikacji (Calear 2009, Merry 2007) badano: programy uniwersalne (niepoprzedzone skriningiem), celowane (wstępny skrining w kierunku nasilonych objawów depresyjnych) i selektywne (u dzieci z czynnikami ryzyka w wywiadach).

Zgodnie z wynikami przeglądu Merry 2007 w zakresie redukcji objawów depresyjnych przed/po interwencji, w metaanalizie wyników programów celowanych (5 programów) wykazano istotną statystycznie poprawę. Mediana wystandaryzowanych średnich różnic efektu (SMD) wynosiła -0,26 (95% CI -0,40 do -0,13). Choć programy uniwersalne (3 programy) same w sobie nie wykazały się istotną statystycznie efektywnością, zmetaanalizowanie ich wyników z celowanymi wykazało SMD -0,26 (95% CI -0,36 do -0,15). Metaanaliza redukcji objawów depresyjnych ocenianych w dłuższym czasie obserwacji nie wykazała istotnych statystycznie różnic, choć 1 program celowany, oceniany po 36 miesiącach był granicznie skuteczny: SMD wynosiła -0,29 (95% CI -0,56 do -0,01). W zakresie wskaźnika zapadalności na depresję, programy celowane (3 programy) wykazały się istotną statystycznie skutecznością tuż po interwencji: w metaanalizie różnica ryzyka (RD) wyniosła -0,13 (95%CI -0,22 do -0,05), podobnie jak w programach uniwersalnych. Po 12 miesiącach programy celowane, w odróżnieniu od uniwersalnych, osiągnęły graniczną istotną statystycznie efektywność (RD -0,12, 95%CI -0,24 do -0,01), po 24 i 36 miesiącach nie udało się wykazać istotnego statystycznie efektu.

Autorzy przeglądu Merry 2007 konkludują, że odnalezione dowody naukowe z zakresu skuteczności klinicznej/bezpieczeństwa wskazują, że zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej uznane źródło niepełnosprawności i kosztów w opiece zdrowotnej, jest działaniem wysoce umotywowanym.

Z kolei zgodnie z wnioskami przeglądu Calear 2009 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.

Eksperti kliniczni wskazują, że 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. W zakresie populacji niezwykle ważne wydaje się prowadzenie działań edukacyjnych w wyodrębnionych grupach młodzieży, ludzi w podeszłym wieku, jak również przyjrzenie się zjawisku depresji okołoporodowej. Istotnym jest aby podejmowane działania miały charakter ciągły. Świadomość społeczną najłatwiej modyfikować poprzez działania edukacyjne (zwiększenie wiedzy). Najskuteczniej można przekazać tę wiedzę poprzez organizowanie kampanii na rzecz zmiany postaw wobec choroby oraz chorych psychicznie, a także prowadzenie określonych działań profilaktycznych.

Interwencje psychologiczne z zakresu profilaktyki uniwersalnej i wskazującej prowadzone metodą twarzą-w-twarz skutkowały ICER nieprzekraczającym 50 000 dolarów na 1 uniknięte DALY (w tym prewencja uniwersalna pozwoliła na zaoszczędzenie 7 350 dolarów, a wskazująca 19 550 dolarów (95% UI)). Analiza wrażliwości pozwoliła wykazać, że interwencje dostarczane za pomocą Internetu były wysoko efektywne kosztowo, przy założeniu, że w interwencjach tego typu brało udział od 50% do 100% uczestników. Wyniki te powinny być jednak interpretowane z ostrożnością (ze względu na niewielką ilość danych). W podsumowaniu wskazać należy, że interwencje psychologiczne prowadzone w środowisku szkolnym wydają się być efektywne kosztowo. Wymagane jest jednak prowadzenie dalszych badań w tym zakresie (Lee 2017).

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.441.38.2019 „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16-18 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2020-2025” realizowany przez: Województwo lubelskie, Warszawa, maj 2019 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 139/2019 z dnia 20 maja 2019 roku o projekcie programu „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16-18 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2020-2025”.