



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 28/2015 z dnia 9 lutego 2015 r.
o projekcie programu „Program zapobiegania depresji w Polsce
na lata 2015-2019” Ministra Zdrowia

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019” Ministra Zdrowia, pod warunkiem uwzględnienia proponowanych w uzasadnieniu uwag.

Uzasadnienie

Program dotyczy ważnego problemu zdrowotnego i społecznego. Posiada ogólnie sformułowane cele i budżet oraz wymagania dotyczące realizatorów programu. Koszty szczegółowe są opisane fragmentarycznie, ujęto wyłącznie koszty realizacji poszczególnych etapów.

W projekcie brakuje informacji o liczbie ekspertów zaangażowanych w prace nad przygotowaniem rekomendacji. Nie wiadomo, czy każdy z pracujących nad rekomendacjami ekspertów otrzyma wynagrodzenie, czy też nie. Plan nie precyzuje kosztów osobowych związanych z obsługą programu.

Wskazane byłoby, aby przed ogłoszeniem konkursu sprecyzować opis programu, a w części polegającej na opracowaniu rekomendacji w kryteriach opisu realizatorów sprecyzować, jakie instytucje mogą składać oferty, a w szczególności, czy mogą to być samodzielne podmioty, czy też zespoły ekspertów powołanych przez towarzystwa naukowe itp.

Podobnie warto bliżej scharakteryzować podmioty które mogą ubiegać się o realizację pozostałych części programu i doprecyzować ich budżety.

Istotny jest również fakt, że podjęte działania powinny mieć charakter ciągły, a ograniczenie ich do niepełnych 5 lat bez wyraźnej koncepcji kontynuacji w latach następnych wydaje się najslabszym elementem przedstawionego programu polityki zdrowotnej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej przesłany przez Ministra Zdrowia dotyczący profilaktyki oraz edukacji w kierunku depresji. Program zakłada opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce, przeprowadzenie bardzo szerokiej kampanii medialnej skierowanej do całego społeczeństwa, oraz profilaktykę depresji w trzech grupach: młodzieży szkolnej, kobiet ciężarnych oraz osób po 65 roku życia. Zaplanowano budżet całkowity w wysokości 9 116 000 zł, natomiast w pierwszym roku trwania programu planuje się działania za łączną kwotę 200 000 zł. Program

| | | | | | | |
|-------------|--------|----|------|------|---|-------|
| zaplanowany | został | na | lata | 2015 | – | 2019. |
|-------------|--------|----|------|------|---|-------|



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia:

Dot. problemu zdrowotnego:

Projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego jakim jest depresja. Zgodnie z oceną WHO, zaburzenia depresyjne stanowią drugą największą przyczynę zycia w niesprawności. Program ma na celu opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce, a ponadto, edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki z wykorzystaniem środków masowego przekazu skierowana głównie do grup o podwyższonym ryzyku z wykorzystaniem pracowników systemu opieki zdrowotnej.

Wnioskodawca w sposób szczegółowy i dokładny opisał problem zdrowotny. Dołączono także spis publikacji, które zostały wykorzystane podczas prac na projektem programu polityki zdrowotnej. Publikacje cytowane były w postaci przypisów dolnych (38 przypisów), oraz w formie zbiorczej w rozdziale XI Bibliografia (25 pozycji). Nie wszystkie pozycje piśmiennictwa się ze sobą zgadzają. Nie zmienia to jednak faktu, że opis problemu zdrowotnego jest prawidłowy i zgodny z piśmiennictwem światowym i polskim. Epidemiologia depresji opisana została głównie w oparciu o polskie badanie epidemiologiczne „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska”. Informacje zostały zweryfikowane przez analityków.

Dot. populacji:

Projekt zawiera opis populacji docelowej z wskazaniem szacunkowych wartości dla poszczególnych grup ryzyka. Autorzy określili także świadczeniodawców, którzy będą brać udział i realizować zadania zgodnie z wytycznymi opracowanymi w pierwszym etapie realizacji przedmiotowego projektu programu zdrowotnego — są to świadczeniodawcy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego w zakresie ginekologii i położnictwa, leczenia szpitalnego w zakresie geriatry oraz podstawowej opieki zdrowotnej w ramach działalności pielęgniarki szkolnej. Zakres świadczeniodawców jest ograniczony wyłącznie do grupy posiadających kontrakt z płatnikiem publicznym — NFZ. W związku z tym należy zauważyć, że liczba świadczeniodawców co roku może ulegać zmianie i istotne jest aktualizowanie listy w ramach monitorowania. Populacja generalna oraz określone grupy docelowe zostały zdefiniowane na potrzeby kolejnych etapów realizacji interwencji. Zauważyć należy jednak fakt, żeby mieć pewność, że wytyczne będą faktycznie realizowane przez świadczeniodawców wnioskodawca musiałby wprowadzić obowiązek ich realizacji w formie konkretnego aktu prawnego.

Dot. interwencji:

Interwencja projektu składa się z 3 etapów: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji; edukacji społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków przekazu, szczególnie mając na uwadze zachęcanie odbiorców do poszukiwania pomocy; profilaktyki (pierwotnej) depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej (świadczeniodawców określonych w populacji docelowej realizujących założenia określone w wytycznych).

Opracowanie rekomendacji inicjalnie wymaga przeprowadzenia konkursu ofert, co jest zgodne z obowiązującymi przepisami, wybrania realizatorów i podjęcia przedsięwzięć w kierunku zgromadzenia danych niezbędnych do opracowania wytycznych dot. profilaktyki,

diagnostyki i leczenia. Realizatorzy podejmują także zadanie związane z przeprowadzeniem monitorowania zgodnie z określonymi kryteriami oraz ewaluacji realizacji projektu. Zgodnie z planem budżetu projektu okres realizacji pierwszego etapu interwencji (opracowanie wytycznych) obejmuje lata 2015-2016. Wnioskodawca nie sprecyzował dokładnej liczby ekspertów, oraz obszarów naukowych jakie mają być reprezentowane. Domniemywać jedynie można, że dokładny dobór ekspertów będzie leżał po stronie realizatora.

Drugi etap interwencji w zakresie edukacji obejmuje realizację społecznej kampanii edukacyjno-informacyjnej skierowanej do populacji polskiej. Jej celem jest przede wszystkim podniesienie świadomości społecznej w zakresie depresji, metod radzenia sobie w przypadku wystąpienia objawów oraz uwrażliwienia społecznego na osoby z depresją (eliminowanie zjawiska stygmatyzacji). Okres wyboru realizatora tej części oraz opracowania materiałów audio-wizualnych rozpocznie się w 2016 roku. Zgodnie z założeniami emisja materiałów w środkach masowego przekazu ma trwać do końca realizacji projektu. Autorzy nie określili dokładnego zakresu i form jakie zostaną wykorzystane. Należy uwzględnić konieczność dostosowania materiałów edukacyjnych do poszczególnych grup wiekowych. Materiały powinny być dostosowane do poziomu percepcji odbiorców. Ponadto, materiały informacyjne będą dostępne na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz mają zostać rozesłane broszury i ulotki do świadczeniodawców odpowiedzialnych za realizację zadań w zakresie profilaktyki skierowanej do grup ryzyka. Treść i zakres materiałów edukacyjnych oraz ostateczny kształt kampanii informacyjnej ma zostać określony przez ekspertów powołanych w pierwszym etapie realizacji, w projekcie nie przedstawiono przykładów. Brakuje jednak szczegółowych informacji na temat osób, które znajdą się w Komitecie eksperckim. Jeden z ekspertów opiniujący program zaznaczył, że ważną grupą, która powinna zostać szerzej uwzględniona w procesie tworzenia rekomendacji, działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia depresji są pedagodzy i psychologowie zatrudnieni w placówkach oświatowych (np. szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, placówkach opiekuńczych itp.). Psychologowie pracujący w służbie zdrowia (poradnie psychologiczne, poradnie zdrowia psychicznego, leczenia nerwic, oddziały dzienne itp.) stanowią grupę zawodową odpowiednio przygotowaną do podjęcia się zadań związanych z profilaktyką zdrowotną oraz udzielaniem pomocy psychologicznej osobom, które w omawianym programie stanowią grupę, prezentującą rozprzestrzeniające się zaburzenia o cechach szeroko pojętej depresji. Na szczególną uwagę zasługują tutaj psychologowie kliniczni profesjonalnie przygotowani do stawiania diagnozy psychologicznych mechanizmów rozwijających się depresji (często na podłożu czynników psychologicznych pełniących rolę tzw. czynników spustowych). Psychologowie kliniczni i specjaliści psychologii klinicznej również są w pełni przygotowani do udzielania w sposób kompetentny pomocy psychologicznej osobom, które w przedstawianym programie zostały wymienione jako grupy tzw. ryzyko (szczególnie i dzieci, młodzież, osoby starsze). Nadzór nad realizacją profilaktyki zdrowotnej oraz szczególnie tutaj istotnej pomocy psychologicznej powinien zostać uzupełniony o nieuwzględnione jasno i klarownie w propozycjach programowych analizowanego projektu, zawodowe działania kadry psychologiczno-pedagogicznej.

W oparciu o implementację zbliżonych merytorycznie programów zdrowotnych w Nowej Zelandii oraz Australii kampania informacyjna była przeprowadzana przez radio, telewizję, wykorzystując wizerunki osób publicznie rozpoznawanych, ponadto umożliwiano dostęp do pomocy przez tzw. „telefon zaufania”. Zgodnie z wnioskami badań dotyczących postaw wobec poszukiwania pomocy, istotna jest informacja o dostępnych świadczeniach oraz ich miejscu udzielenia. W związku z powyższym, autorzy projektu winni zadbać o fakt dostępności aktualnych danych potencjalnych świadczeniodawców w zakresie pomocy

psychologicznej/psychiatrycznej na drukowanych ulotkach i plakatach oraz stronie internetowej, a lista powinna być aktualizowana, co zaznaczono powyżej.

Trzecim, ostatnim elementem interwencji są działania w kierunku profilaktyki depresji skierowane do grup o podwyższonym ryzyku przy udziale pracowników systemu opieki zdrowotnej. Działania profilaktyczne obejmują badanie przesiewowe wykonane przy pomocy narzędzi albo na nowo opracowanych przez zespół ekspertów, albo zaproponowanych przez autorów projektu. Wnioskodawca proponuje tutaj szereg skal stosowanych w tym celu na całym świecie: w depresji poporodowej Edynburska Skala Depresji Poporodowej - EPDS, występująca w szeregu rekomendacji zagranicznych; w depresji młodzieńczej test Becka (obok Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) rekomendowane przez United States Preventive Services Task Force w grupie nastolatków w wieku 12-18 lat, (2013); w depresji u osób w podeszłym wieku (po 65 r.ż) Geriatryczna Skala Depresji (Yesavage) — w grupie osób dorosłych wytyczne nowozelandzkie rekomendują stosowanie kwestionariusza PHQ-9 do określania stopnia nasilenia zaburzeń.

Szereg wytycznych wskazuje na rolę lekarza pierwszego kontaktu, którego zadaniem jest, poprzez sformułowanie odpowiednich pytań, zwrócenie uwagi na występujący problem. Niemniej, rolą lekarza nie jest postawienie diagnozy, a niezwłoczne skierowanie pacjenta do specjalisty odpowiedzialnego za dalszą szczegółową diagnostykę. Ten aspekt spełniony jest w projekcie, gdyż ostateczną diagnozę stawiać ma lekarz specjalista, a nie lekarz POZ. Wytyczne NICE (2009) oraz New Zealand Guidelines Group (2008) zalecają skryning w kierunku depresji przeprowadzony przez lekarza pierwszego kontaktu w grupie pacjentów mało znanych lekarzowi oraz cierpiących na choroby przewlekłe, osoby starsze, kobiety w okresie okołociążowym. Należy podkreślić jednak, co jest zbieżne z opinią jednego z ekspertów udzielających opinii do przedmiotowego projektu programu, że w przypadku opracowywania nowych metod przesiewowych, w oparciu o pytania czy kwestionariusze wcześniej niewykorzystanych w polskiej populacji, wymagane jest przeprowadzenie walidacji oraz badania pilotażowego. Ma to na celu określenie skuteczności opracowanej metody, jej czułości i specyficzności.

Zgodnie z informacjami zawartymi w projekcie osoby z podejrzeniem depresji będą kierowane na dalsze konsultacje psychiatryczne i podjęte zostanie stosowne leczenie dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. Tym samym określono sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi oraz sposób zakończenia udziału w programie. Zgodnie z rekomendacjami NICE dotyczącymi poprawy jakości udzielania świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego zalecane jest zapewnienie konsultacji w okresie do 3 tygodni od czasu wydania skierowania, udzielenie informacji o możliwości przełożenia terminu spotkania ze specjalistą oraz zmiana terminu spotkania o okres nie przekraczający 2 tygodni. Na podstawie danych raportu Barometr Watch Healthcare (w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia) za okres październik/listopad 2014 roku, czas oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego wynosi ok 2,3 miesiąca²⁹. Należy jednak uwzględnić możliwość występowania różnic zarówno regionalnych jak i sezonowych. Zgodnie z planem realizacji projektu, interwencja w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania obejmuje okres 2 lat (lata 2017-2018).

Projekt w zakresie opisywanych interwencji został wzbogacony o literaturę zawierającą dowody skuteczności oraz zalecenia kliniczne.

Dot. monitorowania:

Projekt obok zdefiniowanych celów nie precyzuje oczekiwanych efektów planowanych interwencji. Opisane zostały wskaźniki monitorowania: w postaci liczby zgłoszonych osób do uczestnictwa w programie (wskazane jest określenie podziału grup ryzyka); liczba materiałów informacyjnych wydrukowanych oraz dostarczonych do uczestników; poziom wiedzy uczestników przed i po realizacji programu; liczba osób, która zgłosiła się po poradę do wybranego pracownika systemu opieki zdrowotnej; poziom współczynników zachorowalności na depresję w kraju przed i po realizacji programu; liczba opakowań leków przeciwdepresyjnych zrefundowanych przez NFZ.

Nie jest wiadomym w jaki sposób zostanie określona liczba osób zaproszonych do uczestnictwa, z tego względu, że oszacowanie całkowitej populacji docelowej może być obarczone dużym błędem, a projekt w obecnym kształcie nie przewiduje indywidualnych zaproszeń do udziału. Punkt ten prawdopodobnie jest tożsamy z oszacowaniem osób, które zgłosiły się po poradę do pracownika systemu opieki zdrowotnej. Autorzy nie przewidują jednak sposobu oceny, który pozwoliłby na jednoznaczne stwierdzenie, że zgłoszenie się do pracownika jest skutkiem interwencji. Wskazane jest opracowanie dodatkowego kwestionariusza oceny, który pozwoliłby na ewaluację interwencji w postaci kampanii społecznej, a także jakości udzielanych świadczeń. Autorzy zakładają, że opracowanie szczegółowych mierników oraz narzędzi pozostaje w gestii powołanego zespołu ekspertów. W przypadku liczby leków zrefundowanych przez NFZ, nie przedstawiono metodyki. W obrocie aptecznym leków wydawanych na receptę, nie jest określane wskazanie, a ponadto, konieczne jest uwzględnienie potencjalnych zmiennych fałszujących, co pozwoli na zweryfikowanie hipotezy, czy wzrost lub spadek zapotrzebowania na leki antydepresyjne jest wyłącznie skutkiem przeprowadzanej interwencji. Zaznaczyć jednak należy, że eksperci opiniujący program nie mieli zastrzeżeń do części poświęconej ewaluacji i zaznaczyli, że zaproponowane narzędzia do pomiarów jakościowych wydają się być wybrane w sposób przemyślany, w oparciu o głęboką analizę zjawiska oraz wiedzę merytoryczną.

Wszyscy eksperci opiniujący przedmiotowy projekt zgodnie uznali, że program powinien być finansowany i realizowany przez MZ. Najczęściej podkreślano, że w Polsce nie istnieje program zapobiegania depresji, prowadzony na szczeblu krajowym.

Dot. aspektów finansowych:

Budżet realizacji projektu programu został określony na poziomie 9 116 000 zł, na pierwszy rok realizacji zaplanowano 200.000 zł. Koszty szczegółowe są opisane fragmentarycznie, ujęto wyłącznie koszty realizacji poszczególnych etapów. W projekcie brakuje informacji o liczbie ekspertów zaangażowanych w prace nad przygotowaniem rekomendacji. Nie wiadomo, czy każdy z pracujących nad rekomendacjami ekspertów otrzyma wynagrodzenie, czy też nie. Plan nie precyzuje kosztów osobowych związanych z obsługą programu.

Podsumowanie opinii eksperckich:

- Wszyscy eksperci zgodnie uznali, że program powinien być finansowany i realizowany przez MZ. Najczęściej podkreślano, że w Polsce nie istnieje program zapobiegania depresji, prowadzony na szczeblu krajowym.
- Realizacja programu może zmniejszyć zagrożenie występowaniem depresji, w tym jej najbardziej obciążającym społecznie skutkiem takim jak samobójstwa i niewydolność zawodowa.
- Rekomendacje i działania edukacyjne dotyczące profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia depresji powinny akcentować uwzględnienie takiej grupy jak lekarze rodzinni.
- Proces tworzenia rekomendacji powinien uwzględniać pedagogów i psychologów szkolnych.
- Rekomendacje powinny obejmować konieczność prowadzenia systematycznej, planowej psychoedukacji i równoległych do farmakoterapii oddziaływań psychoterapeutycznych.
- Psychoterapeuci, psychologowie, pedagodzy (w szkołach i innych placówkach oświatowych) powinni być w tym procesie szerzej uwzględnieni jako osoby prowadzące profilaktykę i działania pomocowe w zakresie udzielania interwencji psychologicznej i psychoterapii.
- Świadomość społeczna w zakresie depresji wciąż jest niewystarczająca i nie podnosi się proporcjonalnie do podejmowanych wysiłków. Poprzez działania edukacyjne (zwiększenie wiedzy) najłatwiej modyfikować świadomość społeczną. Najskuteczniej można przekazać tę wiedzę poprzez organizowanie kampanii na rzecz zmiany postaw wobec choroby oraz chorych psychicznie, a także prowadzenie określonych działań profilaktycznych.
- Zakrojona na szeroką skalę akcja edukacyjna stwarza możliwość zwiększenia świadomości w zakresie depresji zwłaszcza w środowiskach wiejskich, w których zachorowalność wydaje się być zdecydowanie niedoszacowana. Jest to tym bardziej prawdopodobne, że wszelkie dane suicydologiczne jasno wykazują największy odsetek samobójstw w Polsce wśród mężczyzn mieszkających na wsiach.
- Zaproponowane narzędzia do pomiarów jakościowych wydają się być wybrane w sposób przemyślany w oparciu o głęboką analizę zjawiska oraz wiedzę merytoryczną.
- Istotny jest natomiast fakt, że podjęte działania powinny mieć charakter ciągły, a ograniczenie ich do niepełnych 5 lat bez wyraźnej koncepcji kontynuacji w latach następnych wydaje się najłabszym elementem przedstawionego programu.

Jeżeli chodzi o wyodrębnienie grup wysokiego ryzyka do których w szczególności mają prowadzone być działania to zdania są podzielone, ponieważ jeden z ekspertów zauważył, że „na uwagę zasługuje również wskazane w programie nieco arbitralne wyodrębnienie „grup ryzyka” w postaci: kobiet zagrożonych depresją poporodową, młodzieży i osób w wieku po 65 r. ż. Ważną grupą ryzyka stanowią także ludzie zagrożeni utratą pracy i utratą podstawowego bezpieczeństwa materialnego coraz większa grupa osób zgłaszających się z objawami depresji po pomocy psychologiczną i medyczną). Przykładem na Śląsku już teraz mogą być różne grupy zawodowe np. górników i ich rodziny zagrożonych „restrukturyzacją”

ich miejsc pracy. Kolejną grupą są młodzi ludzie (ale już nie młodzież) między 20 i 35 r. ż. i poszukujący „nieskutecznie” pracy”. Następną są osoby w okresie przedemerytalnym samo przejście na emeryturę uważane jest za wydarzenie życiowe o dużym potencjale „depresjogenności”. Zatem warto zwrócić uwagę na szerszą perspektywę rozpowszechniania się depresji w populacji polskiej. Nie tylko chodzi o wykrywanie i leczenie u nich depresji ale i też ważnym byłoby rozważyć różne, zorganizowane formy pomocy psychologicznej, czy psychoterapii wykraczające poza ścisłą ofertę placówek psychiatrycznych o rozwijające się w ramach placówek oświatowych czy tworzone dostępne poradnie psychologiczne, gdzie byłoby zachowana dostępność do nieodpłatnej pomocy psychologicznej osobom w różnym wieku i z różnymi objawami depresyjnymi.” Z kolei inni eksperci zauważyli, że szczególnie ważne z punktu widzenia społecznego jest uwzględnienie w działaniach dwóch grup najczęściej marginalizowanych w podobnych programach – dzieci i młodzieży oraz osób w wieku podeszłym, jak również przyjrzenie się zjawisku depresji okołoporodowej.

Problem zdrowotny

Depresja to poważne zaburzenia nastroju, często uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie na co dzień. Stan ten cechuje się głównie pogorszeniem nastroju, zmniejszeniem energii i aktywności oraz zainteresowań.

Występowanie zaburzeń nastroju u kobiet w okresie poporodowym odnotowywane było już w czasach Hipokratesa. Jednak dopiero w 1994 r., po ukazaniu się IV wydania Diagnostyki i statystyki zaburzeń psychicznych (DSM-IV), depresja poporodowa zaliczona została do zaburzeń psychicznych. Zgodnie z określonymi w DSM-IV kryteriami, o depresji poporodowej mówi się, jeżeli objawy, wymienione w tab. 1., utrzymują się przez większość dnia, przez 2 tyg. i jeżeli wystąpią one w ciągu 4 tyg. po porodzie. Szacuje się, że depresja poporodowa dotyczy 13 proc. kobiet, co czyni ją najczęstszym powikłaniem poporodowym.

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

W badaniu EZOP Polska stwierdzono, że u 3% mieszkańców kraju w wieku produkcyjnym wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. Według przytoczonego badania dotyczy to 766 tys. osób, które w ciągu dotychczasowego życia doświadczyły epizodu depresyjnego. Dane te nie uwzględniają jednak populacji dzieci i osób powyżej 65 r.ż. Depresja występująca w wieku podeszłym jest zjawiskiem częstym, ale trudnym do rozpoznania, a wyniki badań wskazują na dużą rozbieżność od 5 do 44%, Ocena rozpowszechnienia depresji w wieku podeszłym jest trudna z powodu współwystępowania licznych czynników etiologicznych (reaktywnych, somatycznych) wpływających patoplastycznie na obraz kliniczny. W wieku podeszłym znacznie częściej obserwuje się zespoły depresyjne psychotyczne oraz zaburzenia

dystymiczne. Ocenia się, że u 60% kobiet i 50% mężczyzn w chorobie afektywnej po 60 rż. występują urojenia nihilistyczne i hipochondryczne.

Alternatywne świadczenia

Obecnie w Polsce nie istnieje systemowy program zapobiegania depresji, który byłby prowadzony na szczeblu krajowym. Programy profilaktyki depresji prowadzone są jedynie przez niektóre samorządy na szczeblu lokalnym.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie dowodów naukowych, wytycznych klinicznych oraz rekomendacji dotyczących finansowania:

Depresja poporodowa

- W okolicach 36 tygodnia ciąży kobiety powinny być informowane m. in. o baby blues oraz depresji porodowej,
- Z wszystkimi kobietami ciężarnymi powinno się przeprowadzać wywiad w kierunku wcześniejszych zaburzeń psychicznych oraz obciążenia rodzinnego,
- Systematyczny skryning dotyczący możliwości rozwoju depresji poporodowej w populacji kobiet ciężarnych nie jest rekomendowany przez National UK Screening. Skryning w kierunku chorób psychicznych powinien być oferowany kobietom w okresie okołoporodowym, ale tym, które mają chorobę psychiczną w swojej historii,
- EPDS powinna być wykorzystana przez specjalistów jako element oceny symptomów depresji w okresie przedporodowym u wszystkich kobiet.
- Kobiety po urodzeniu powinny wypełniać EPDS w ramach skryningu depresji poporodowej,
- EPDS nie jest narzędziem diagnostycznym. Diagnoza depresji poporodowej wymaga oceny klinicznej.
- Zgodnie ze stanowiskiem NICE (2014) pacjentka powinna otrzymać szereg informacji na temat zaburzeń psychicznych, które mogą wystąpić w okresie okołoporodowym. Informacje powinny być przekazane uwzględniając aspekt kulturowy, w przypadku wyrażenia zgody, udzielone także partnerowi oraz rodzinie. Przekazywane informacje powinny uświadamiać kobietę, że występowanie zaburzeń zdrowia psychicznego szczególnie w okresie okołoporodowym nie jest zjawiskiem wyjątkowym i jest możliwość zastosowania odpowiedniego leczenia i postępowania profilaktycznego.
- Należy jednocześnie przedyskutować z pacjentką sposoby leczenia i zapobiegania, a wszystkie wątpliwości dotyczące ciąży, porodu i dziecka powinny zostać wyjaśnione. Informacja powinna być udzielona pacjentce, a w przypadku wyrażenia zgody, partnerowi oraz rodzinie.

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. 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 na 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 na 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 specjaliście z kolei powinni diagnozować depresję w oparciu kryteria DSM-IV na podstawie wystandaryzowanych narzędzi (APA 2007, CU 2010).

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).

Dyskryminacja i stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi

Osoby chore psychicznie często są dyskryminowane w środowisku, w którym żyją. Istnieje potrzeba zmniejszenia stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi i potrzeba zwiększenia świadomości odnośnie zdrowia psychicznego. Działania w kierunku zmniejszenia negatywnych postaw wobec osób chorych psychicznie mogą pomóc w zapobieganiu ich wykluczeniu społecznemu oraz ułatwić korzystanie z opieki w ochronie zdrowia psychicznego. Większość badań nie wskazywała na zmiany w zachowaniach wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Najbardziej skuteczną interwencją edukacyjną okazało się zainicjowanie bezpośredniego spotkania z osobą chorą. Kontakt wydaje się być kluczem do zmniejszenia stygmatyzacji. Skuteczność elementów edukacji opartych na filmach jest dyskusyjna. Pomimo wykazania pozytywnych efektów każdej interwencji, ich długofalowe skutki są nadal niejasne. Dalsze badania powinny obejmować pomiar rzeczywistej zmiany zachowania.

Badania wykazały następujące trendy pozytywne: w piśmiennictwie nasila się tendencja do ukazywania biologicznych modeli zaburzeń psychicznych, rośnie akceptacja profesjonalnej pomocy dla osób chorych psychicznie. Zmiany negatywne zostały wykazane w odniesieniu do postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat biologicznych korelatów chorób psychicznych nie prowadzi do zwiększenia akceptacji społecznej osób chorych. Przegląd systematyczny Corrigan i wsp. (2012), w którym dokonano

oceny interwencji w kierunku zmniejszenia stygmatyzacji osób cierpiących na choroby psychiczne. Interwencje obejmują kampanie społeczne, edukację społeczną oraz kontakt z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne. Kampanie edukacyjne obejmują publiczne ogłoszenia o dostępności świadczeń w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych, udostępnianie książek, ulotek, innych materiałów akcydensowych, filmów, stron internetowych lub innych form audiowizualnych. Wyselekcjonowano 79 badań opisujących uczestników z 14 krajów. Zaobserwowano pozytywny wpływ w kierunku redukcji stygmatyzacji w grupie dorosłych oraz w grupie nastolatków. Niemniej, kontakt bezpośredni został uznany za lepszy w przypadku interwencji skierowanych do dorosłych, a w grupie nastolatków edukacja. Autorzy wnioskują, że lepszy efekt wywiera kontakt bezpośredni z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne. Zaobserwowana różnica może wynikać z faktu braku silnie osadzonych uprzedzeń u osób młodych, stąd też odpowiedź na interwencje edukacyjne jest silniejsza. W opracowaniu Clement i wsp. (2013) stwierdzono, że wybrane badania charakteryzuje duża heterogeniczność pod względem badanej populacji, przeprowadzanych interwencji oraz ocenianych punktów końcowych. W badaniach nie podjęto zagadnień związanych z efektywnością kosztową. Na podstawie pięciu badań dotyczących dyskryminacji (n=1196) wnioski są niejednoznaczne – oszacowane efekty były zróżnicowane. Mediana wystandaryzowanych średnich różnic efektu (SMD) dla trzech badań (n=394) wynosiła -0,25 w zakresie od -0,85 (95%CI -1,39-(-0,31)) do -0,17 (95%CI -0,53-0,20). OR dla dwóch badań (n=802) wskazuje na brak efektu 1,30 (95%CI 0,53-3,19) oraz 1,19 (95%CI 0,85-1,65). Dwa badania (n=455) analizowały zakres działań niepożądanych, gdzie stwierdzono ich brak. Griffiths i wsp. (2014) wnioskują, że programy w oparciu o kontakt internetowy, były równie efektywne jak te uwzględniające kontakt osobisty. Nie odnaleziono dowodów w wybranych badaniach wskazujących na skuteczność w redukowaniu stygmatyzacji społecznej czy samo-stygmatyzacji. Autorzy wnioskują, że istnieją dowody na wprowadzanie interwencji skierowanych na zmniejszenie stygmatyzacji osobistej (indywidualne postrzeganie stygmatyzacji).

Interwencje w zakresie poszukiwania pomocy przez osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi:

W opracowaniu Doughty i wsp. (2005) opisano ocenę materiałów akcydensowych „Help for Depression” (tłum. „Pomoc w depresji”) w postaci przewodnika względem publikacji informacyjno-edukacyjnej — „What is depression?” (tłum „Czym jest depresja”). Badanie zostało przeprowadzone na lokalnej grupie społecznej. Ogólnie przewodnik („Help for depression”) został lepiej oceniony, a jego odbiorcy w końcowej ocenie wykazywali większą szansę na przystąpienie do działania w samo-pomocy, chęć udzielenia rady osobom, które takiej broszury nie otrzymały. Niemniej, nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy grupami pod względem poziomu wiedzy nt. depresji, zainteresowaniu, czy pogłębieniu wiedzy z tego zakresu.

W przeglądzie systematycznym Gulliver i wsp. (2012) przeprowadzono ocenę interwencji angażujących grupy docelowe do aktywnego poszukiwania pomocy w przypadku występowania zaburzeń depresyjnych i lękowych. Na podstawie wniosków z wyselekcjonowanych 6 badań zaobserwowano istotną poprawę w zachowaniu wiodącym do poszukiwania pomocy w przypadku występowania zaburzeń w co najmniej jednym z wybranych mierników (postawy, gotowości (chęci), zachowania (aktywnego postępowania)). Szczególnie w zakresie postawy oraz chęci podjęcia poszukiwania pomocy zaobserwowano poprawę, gdzie efekt zawierał się w wartościach od 0,12 do 0,53 (SMD). Tylko w jednym z trzech badań skupiających się na ocenie behawioralnej zaobserwowano istotną poprawę, z

efektem relatywnie niewielkim (0,24). W tym badaniu wykorzystano stronę internetową przekazującą treści zgodnie z techniką kognitywno-behawioralną (CBT), jednak w tym samym badaniu nie zaobserwowano istotnej zmiany w przypadku przekazywania informacji związanych ze zdrowiem psychicznym. 3 Wybrane badania zawierały informacje z obserwacji w okresie 2 tygodni, 4 tygodni oraz 6 miesięcy. W dwóch wybranych badaniach z najkrótszym okresem obserwacji zaobserwowano istotną zmianę w postawie względem poszukiwania pomocy (2 tygodnie $d=0,56$, 4 tygodnie $d=0,26$) (Sharp 2006, Buckley 2005). Ze względu na zróżnicowane wyniki badań oraz ograniczone dowody, podnoszenie stanu wiedzy związanej z zaburzeniami psychicznymi (mental health literacy) nie wpływa jednoznacznie na podjęcie aktywnego poszukania pomocy. Autorzy jednak podkreślają konieczność dostarczania informacji nt. miejsca, gdzie zainteresowany może odnaleźć pomoc oraz wsparcie psychologiczne (3 na 3 z zastosowanych interwencji wpływa na postawę).

W opracowaniu Kalra i wsp. (EPA 2012) przytoczono dane, że w warunkach Wielkiej Brytanii każdy 1 funt przeznaczony na wczesne wykrycie depresji w środowisku i wczesne podjęcie leczenia depresji skutkuje zaoszczędzeniem 5 funtów w 2 letnim horyzoncie czasowym.

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: AOTM-OT-440-6/2014 „Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019” realizowany przez: Ministra Zdrowia, Warszawa, luty 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, luty 2015.