

UCHWAŁA NR
RADY GMINY PAWŁOWICE

z dnia 2023 r.

**w sprawie przyjęcia programu profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży
w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 i art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 40 ze zm.), art. 7 ust. 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) po pozytywnym zaopiniowaniu przez Komisję Działalności Społecznej oraz Komisję Gospodarki i Mienia Komunalnego

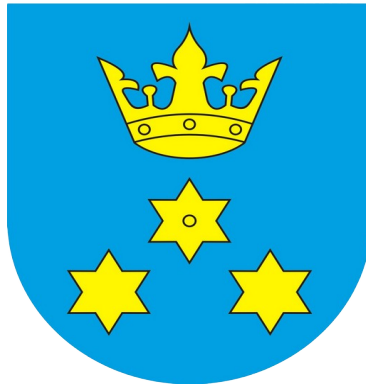
Rada Gminy Pawłowice
uchwała

§ 1. Przyjąć do realizacji Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Pawłowice.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**GMINA
PAWŁOWICE**



**Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży
w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice
na lata 2023-2027**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.]

Pawłowice, 2023

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027

1. Nazwa programu:

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027

2. Okres realizacji programu: 2023-2027

3. Autorzy programu: dr hab. n. o zdrowiu Joanna Woźniak-Holecka
dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

4. Kontynuacja/trwałość programu:

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży nie był dotąd realizowany w Gminie Pawłowice.

5. Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Pawłowice
ul. Zjednoczenia 60
43-250 Pawłowice
mail: k.szweda@pawlowice.pl
tel: (32) 47 56 347

6. Data opracowania programu: kwiecień 2023

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
2. Dane epidemiologiczne.....	7
3. Opis obecnego postępowania.....	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	11
1. Cel główny:.....	11
2. Cele szczegółowe:.....	11
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:.....	11
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	13
1. Populacja docelowa.....	13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	13
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	19
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.....	19
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	19
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:.....	19
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	20
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	21
1. Monitorowanie.....	21
2. Ewaluacja.....	23
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	23
2. Planowane koszty całkowite:.....	23
3. Źródło finansowania.....	25
Załączniki.....	27

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Rozwój cywilizacyjny przyczynił się do coraz większego rozpowszechnienia chorób i zaburzeń psychicznych, nie tylko wśród osób dorosłych, ale i wśród dzieci i młodzieży. Nieprawidłowości zdrowia mentalnego stanowią ważny problem zdrowotny w wymiarze indywidualnym i społecznym. Jednocześnie choroby te są obarczone wysokim ryzykiem stygmatyzacji, dlatego ich wykrywanie i leczenie rodzi wiele trudności. Do szerokiego zbioru dysfunkcji życiowych powodowanych przez problemy zdrowia psychicznego należą przede wszystkim: okresowe lub trwałe ograniczenia codziennego funkcjonowania, ograniczenia sprawności poznawczej i ruchowej, zaburzone relacje z najbliższymi. Szacuje się, że nasilone trudności w funkcjonowaniu, spowodowane zaburzeniami zdrowia psychicznego, dotyczą ok. 19% populacji, tj. niemal 5 mln osób¹. Doświadczenia zaburzeń psychicznych ma za sobą co 8. dziecko w wieku 7–17 lat².

Zaburzenia nastroju, do których zaliczamy depresję (w klasyfikacji ICD-10 są to kody F30-F39), to obszerna, trudna do rozpoznania i sklasyfikowania grupa zaburzeń zdrowia psychicznego. Najczęstsze rozpoznania w tej grupie dotyczą epizodu depresyjnego i depresji nawracającej. Depresja w klasyfikacji międzynarodowej ICD-10 jest definiowana jako stan, w którym pacjent cierpi z powodu obniżonego nastroju, utraty zainteresowań i zdolności do odczuwania radości, zmniejszenia zasobów energii prowadzącego do poczucia permanentnego zmęczenia i osłabionej aktywności życiowej³. Kryterium rozpoznania epizodu depresyjnego jest utrzymywanie się tych zaburzeń minimum przez 2 tygodnie, choć w przypadku dzieci i młodzieży może on się utrzymywać znacznie dłużej. Z kolei w literaturze przedmiotu termin depresja rozumiany jest jako zespół doświadczeń, obejmujący nie tylko nastrój, ale także doświadczenia fizyczne, psychiczne i behawioralne, które

1 Moskalewicz J. Kiejna A. Wojtyniak B. „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski” - Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

2 Moskalewicz J., Wciórka J. (red.), Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, Warszawa, 2021, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

3 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, Wydanie 2008, World Health Organization 2009.

określają bardziej długotrwały, szkodliwy i poważny stan, klinicznie rozpoznawany jako zespół depresyjny⁴.

Do najczęstszych objawów depresji należą⁵:

- obniżenie nastroju, najczęściej poczucie smutku bez wyraźnej przyczyny,
- cyklotymia, czyli przewlekłe zaburzenie nastroju, czyli występowanie naprzemiennie stanów wzmożonego samopoczucia oraz stanów depresyjnych,
- zmieniona reaktywność emocjonalna,
- anhedonia, czyli niemożność odczuwania radości i przyjemności,
- obniżenie motywacji do działania, objawiające się jako ociężałość, czy brak siły,
- psychosomatyzacja, występująca najczęściej pod postacią zaburzeń snu (sen płytki, powodujący wybudzanie się w ciągu nocy), a następnie bólu (towarzyszącego 65% zespołów depresyjnych),
- objawy lęku,
- ataki paniki.

Trudnościami okresu adolescencji i zadaniami rozwojowymi tej fazy może towarzyszyć depresja młodzieńcza. Szczególne znaczenie ma konfrontacja swoich możliwości

z oczekiwaniami samego dorastającego, jego rodzinny i najbliższego otoczenia. Objawy depresji młodzieńczej mają wiele wspólnego z objawami depresji u dorosłych, jednak obraz kliniczny maskują częściej wybuchy złości, znudzenie i zmęczenie. Ponadto objawom depresji towarzyszą trudności szkolne, zrywanie kontaktów z rówieśnikami, pogorszenie się relacji z najbliższymi. Wyróżnia się kilka postaci depresji młodzieńczej⁶:

- depresja „czysta” - obniżony nastrój i napęd psychoruchowy, lęk przed przyszłością,
- depresja „rezygnacyjna” - trudności w nauce, poczucie bezsensu życia, tendencje i próby samobójcze,
- depresja „z niepokojem” - dominuje tu niepokój, dysforia i zachowania autodestrukcyjne,
- depresja „hipochondryczna” - dominuje tu niepokój o własne zdrowie i somatyczne objawy lęku.

4 Hammen C. Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2022, s. 13

5 Murawiec S. Diagnosis and treatment of depression in primary care setting – practical aspects, Lekarz w POZ, 5, 2017, s. 338-343.

6 Komosińska K. Wybrane zaburzenia psychiczne utrudniające proces edukacji szkolnej dzieci i młodzieży, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, 2012, 18 (2), 105-113.

Objawy depresji u nastolatków nie różnią się znacząco w porównaniu do osób dorosłych, jednak niektóre z nich są częstsze i manifestują się pod postacią autoagresji, np.: samookaleczenia (rozmyślne uszkodzanie swojego ciała przez cięcie się ostrymi przedmiotami, przypalanie zapalniczką, papierosem, drapanie, gryzienie i tym podobne), rozmyślne zadawanie sobie bólu, zażywanie w nadmiarze leków w celu „zatrucia się” (ale nie w celu odebrania sobie życia), myśli rezygnacyjne („życie jest bez sensu”, „po co ja żyję”), fantazje na temat śmierci („co by było, gdybym umarł?”, „innym byłoby lepiej, gdyby mnie nie było”) oraz myśli samobójcze (rozmyślanie, fantazjowanie na temat odebrania sobie życia), tendencje samobójcze (planowanie lub czynienie przygotowań do popełnienia samobójstwa), a w skrajnych przypadkach – próby samobójcze, czyli podejmowanie bezpośrednich działań mających na celu odebranie sobie życia⁷.

W grupie dzieci chorujących na depresję zapada 1% dzieci w wieku powyżej 2 r.ż., 2% w wieku 6-12 lat, natomiast wśród nastolatków rozpowszechnienie jest zbliżone do osób dorosłych i wynosi 20%. Zachorowanie we wczesnym wieku niesie ze sobą ryzyko nawrotów w późniejszym okresie życia⁸.

Podstawową formą leczenia depresji jest psychoterapia. Do najskuteczniejszych jej form zalicza się⁹:

- psychoedukację – zapewnienie dziecku i jego opiekunom informacji na temat objawów, przyczyn i metod leczenia depresji oraz sposobów postępowania w konkretnych sytuacjach;
- psychoterapię – w postaci terapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej, przy czym ich łączenie jest zwykle korzystne. Szczególne znaczenie ma terapia rodzinna, w przypadku młodszych dzieci skuteczne oddziaływania terapeutyczne bez zaangażowania rodziców/opiekunów są praktycznie niemożliwe. Psychoterapia grupowa jest wskazana szczególnie dla dzieci i nastolatków, którzy doświadczają trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej i mają tendencje do wycofywania się z relacji koleżeńskich.

W uzasadnionych przypadkach stosowana jest również farmakoterapia. Należy rozważyć włączenie leków wtedy, gdy nasilenie objawów utrudnia dziecku codzienne

7 Miernik-Jaesche M. Namysłowska I. Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy> [dostęp 15.04.2023].

8 Gałęcki P, Szulc A., Psychiatria, Urban & Partner, Warszawa 2018.

9 Miernik-Jaesche M. Namysłowska I. Zaburzenia depresyjne... op. cit.

funkcjonowanie, a same oddziaływania terapeutycznie nie przynoszą zadowalających efektów. Warto jednak pamiętać, że stosowanie leków jest metodą uzupełniającą dla psychoterapii¹⁰.

Zgodnie z wnioskami płynącymi z aktualnych Map Potrzeb Zdrowotnych obecny system ochrony zdrowia w zakresie opieki psychiatrycznej nie odpowiada rzeczywistym potrzebom pacjentów. W 2019 r. ze świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień skorzystało łącznie 1,7 mln pacjentów (z czego 9% stanowiły dzieci i młodzież). Na brak zgłaszalności lub kontynuacji procesu leczenia w opiece zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych może mieć również wpływ stygmatyzacja społeczna. Z tego względu wartości chorobowości szpitalnej w publicznej opiece zdrowotnej mogą różnić się od rzeczywistych¹¹. W MPZ na lata 2022-2026 wskazuje się, że w 2019 r. ze świadczeń opieki psychiatrycznej korzystało 148,8 tys. pacjentów poniżej 18. roku życia, z czego 38% to dziewczynki¹².

Województwo śląskie cechuje niska dostępność do opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wśród dzieci i młodzieży oraz utrudniony dostęp do poradni wysokospecjalistycznych. Dostępność do leczenia dzieci i młodzieży w ambulatoryjnej psychiatrycznej opiece specjalistycznej jest ograniczona w wyniku braku funkcjonującej poradni leczenia uzależnienia dla dzieci, poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci oraz terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci. Z tego powodu wszystkie osoby w wieku 0-18 lat przyjmowane są w poradniach terapii uzależnień dla dorosłych¹³.

2. Dane epidemiologiczne

Według WHO łączna liczba osób żyjących z depresją na świecie wynosi 350 mln i stanowi 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami. Jest to również jedna z najczęstszych przyczyn ogólnoświatowej niepełnosprawności. Statystyki wskazują, że na zaburzenia psychiczne zapada od 10% do 20% dzieci i młodzieży, a samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej w skali świata¹⁴.

10 Ibidem.

11 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz.U. Min. Zdr. 2021.69].

12 Ibidem.

13 Ibidem.

14 WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int; dostęp: 11.04.2023].

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży ma istotny wpływ na wszystkie dziedziny życia, takie jak wyniki w szkole, relacje z rodziną i przyjaciółmi oraz zdolność do uczestniczenia w życiu społecznym. Niestety rozpowszechnienie chorób psychicznych wykazuje na świecie tendencję wzrostową i szacuje się, że ten niekorzystny trend zostanie utrzymany przynajmniej w ciągu najbliższej dekady¹⁵.

Poważną konsekwencją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania są samobójstwa, stanowiące bardzo częstą przyczynę zgonu wśród osób młodych. Według danych WHO, w ciągu ostatnich 45 lat liczba samobójstw na świecie wzrosła o 60%. Wzrasta liczba samobójstw popełnianych przez ludzi młodych, gdzie około 90% przypadków jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki i inne¹⁶.

Województwo śląskie cechuje znaczący niedobór psychiatrów dziecięcych - wartość wskaźnika na 100 tys. mieszkańców wynosi 0,8 (przy czym wskaźnik dla Polski wynosi 1,1 a wartość rekomendowana to 2,0). Jest to jedna z najniższych wartości w porównaniu do pozostałych województw. W ogólnej liczbie lekarzy w województwie zatrudnionych było na koniec 2021 roku 276 lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii. Na terenie województwa w roku 2021 w podmiotach leczniczych pracowało także 1 700 psychologów oraz 233 terapeutów zajęciowych¹⁷.

Sektor lecznictwa stacjonarnego w opiece psychiatrycznej w województwie śląskim to łącznie 26 podmiotów, w tym 8 szpitali psychiatrycznych, 6 ośrodków lecznictwa odwykowego, 8 ośrodków rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Podmioty te dysponują łącznie 2 654 łózkami, w związku z czym na 10 tys. mieszkańców przypada 44,1 łóżek szpitalnych (wykorzystanie infrastruktury na poziomie 78,5%)¹⁸.

Jednocześnie w województwie funkcjonują jedynie 4 oddziały/ośrodki przeznaczone dla dzieci i młodzieży, przy czym niepokojąco wysokie jest wykorzystanie łóżek w ośrodku

15 World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary, World Health Organization 2022 [<https://www.who.int/>; dostęp: 15.04.2023 r.].

16 Biechowska D., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, W: Wojtyniak B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020, s. 517-534.

17 Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 16.04.2023 r.]

18 Ibidem.

rehabilitacyjnym dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci (88,8%). Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek na oddziałach/ośrodkach przeznaczonych dla dzieci i młodzieży wynosi 82,3%. W szpitalach ogólnych funkcjonują zaledwie 2 stacjonarne oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży. Stąd też wskaźnik średniego wykorzystania łóżek dla tych oddziałów jest bardzo wysoki i wynosi 95,3%. Wśród dzieci aż 58,7% wszystkich przyjęć do leczenia stacjonarnego stanowiły w roku 2020 przyjęcia w trybie nagłym (w tym dla zaburzeń nastroju odsetek ten wynosi aż 84%)¹⁹.

3. Opis obecnego postępowania

Osobom cierpiącym na choroby psychiczne i zaburzenia zachowania przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w ramach finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Omawianej grupie pacjentów należy zapewnić dostęp nie tylko do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, ale także do rehabilitacji psychiatrycznej, definiowanej jako system skoordynowanych działań mających na celu wyposażenie chorego z zaburzeniami psychicznymi w umiejętności fizyczne, intelektualne i emocjonalne potrzebne do życia, uczenia się i pracy w społeczności, przy możliwie najmniejszym udziale ze strony osób i instytucji zawodowo zajmujących się takim wsparciem²⁰.

Świadczenia gwarantowane w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, dziennych oraz stacjonarnych. Chorzy korzystający ze świadczeń ambulatoryjnych mają zagwarantowane świadczenia terapeutyczne, konieczne badania diagnostyczne oraz leki niezbędne w stanach nagłych. Ponadto w ramach tego zakresu świadczeń gwarantuje się także działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin pacjentów, co ma szczególne znaczenie w przypadku dzieci i młodzieży.

W ramach świadczeń realizowanych w warunkach dziennych pacjent ma dostęp do świadczeń terapeutycznych, niezbędnych badań diagnostycznych, programów terapeutycznych, leków oraz wyżywienia. Członkowie rodziny pacjenta także w tym przypadku mogą korzystać z działań edukacyjno-konsultacyjnych. Z kolei pacjenci

19 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

20 Cechnicki A., Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody. Psychiatr. Prakt. Klin., 2009, 2: 41-54.

korzystający z usług w warunkach stacjonarnych mają dostęp do wszystkich ww. świadczeń, a także dodatkowo do wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych²¹.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Dane epidemiologiczne wskazują na znaczne rozpowszechnienie problemów zdrowia mentalnego wśród dzieci i młodzieży, dodatkowo pogłębione w wyniku pandemii COVID-19 i związanej z nią izolacji społecznej. Jednocześnie skala zachorowań na choroby psychiczne, przede wszystkim na depresję, jest niewątpliwie niedoszacowana. Wynika to z wielu powodów, m.in. zbyt późnego dostrzeżenia problemu przez rodziców dziecka lub środowisko szkolne, bagatelizowania objawów lub kładzenia ich na karb okresu dojrzewania. Często też objawy depresji są u dzieci i młodzieży maskowane pod postacią zaburzeń somatycznych, co dodatkowo utrudnia diagnozę. Stąd każde działanie mogące się przyczynić do poprawy tej trudnej sytuacji jest wysoce pożądane. Szczególną uwagę należy przy tym zwrócić na psychoedukację, zarówno osób młodych jak i dorosłych, aby zwiększać poziom wiedzy

i akceptacji wobec osób borykających się z podobnymi problemami.

Ponadto zaplanowane działania wpisują się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ ich zakres jest zgodny z:

1. Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²²: *cel operacyjny 3: Promocja zdrowia psychicznego*;
2. Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030²³;
3. Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁴, *priorytet 5: zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych*;

21 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357].

22 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025.

23 Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12368306>; dostęp: 12.04.2023].

24 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].

4. Wojewódzkim planem transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026²⁵;
5. Regionalną Polityką Zdrowia Województwa Śląskiego 2030²⁶: *priorytet II „Zdrowy styl życia”*: *Opracowanie Regionalnych programów zdrowotnych m.in. w zakresie rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi.*

25 Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026.

26 Uchwała nr 2735/299/VI/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 22.12.2021 r. w sprawie: przyjęcia dokumentu „Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030”.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Głównym celem programu jest zwiększenie o 20%²⁷ liczby wykrywanych przypadków zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży zamieszkałych w Gminie Pawłowice w okresie 5 lat realizacji programu.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie depresji w populacji docelowej dzieci i młodzieży poprzez działania edukacyjne.
- 2) Zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie depresji w populacji docelowej rodziców/opiekunów prawnych dzieci i młodzieży poprzez działania edukacyjne.
- 3) Zwiększenie poziomu wiedzy kadry pedagogicznej szkół posadowionych w Gminie Pawłowice w zakresie depresji poprzez działania szkoleniowe.
- 4) Zwiększenie poziomu umiejętności z obszaru profilaktyki depresji (poprawa jakości snu, aktywności fizycznej, aktywności społecznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, identyfikacji własnych emocji oraz radzenia sobie w stanach obniżonego nastroju) u co najmniej 30% uczestników programu w wieku 12-18 lat, poprzez prowadzone sesje terapeutyczne.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- 1) Liczba i odsetek wykrywanych przypadków zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży zamieszkałych w Gminie Pawłowice w trakcie trwania programu (wd. 20%),
- 2) Odsetek osób w wieku 12-18 lat osiągających wyniki co najmniej dobre (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy uczestników z zakresu profilaktyki depresji (wd. wzrost o 30%),
- 3) Odsetek rodziców/opiekunów prawnych dzieci i młodzieży będących uczestnikami programu, osiągających wyniki co najmniej dobre (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy uczestników z zakresu profilaktyki depresji (wd. wzrost o 30%),
- 4) Odsetek kadry pedagogicznej osiągającej wyniki co najmniej dobre (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy uczestników z zakresu profilaktyki depresji (wd. wzrost o 30%),

27 Zgodnie ze wskaźnikiem zapadalności wg WHO Mental Health Action Plan

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027

- 5) Odsetek osób osiągających wyniki co najmniej dobre (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi umiejętności uczestników z zakresu profilaktyki depresji (wd. wzrost o 30%).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Populację docelową będą stanowić dzieci i młodzież w wieku 12-18 lat zamieszkująca Gminę Pawłowice, ich rodzice/opiekunowie prawni oraz kadra pedagogiczna (nauczyciele, pedagodzy, psychologowie) szkół podstawowych, dla której organem założycielskim jest Gmina Pawłowice. Do programu będzie włączonych ok. 1500 dzieci łącznie oraz 1500 rodziców/opiekunów prawnych dzieci. Ponieważ w Gminie posadowionych jest 7 szkół (6 podstawowych oraz 1 ponadpodstawowa), zatem w szkoleniu kadry pedagogicznej wezmą udział 63 osoby (7x7 nauczycieli wychowawców (wychowawcy klas 6, 7 i 8 szkoły podstawowej oraz 1, 2, 3, 4 szkoły ponadpodstawowej), 7 pedagogów, 7 psychologów).

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

1) Kryteria włączenia do programu obejmują:

- wiek 12-18 lat,
- pozostawanie uczniem szkoły podstawowej, lub uczniem szkoły ponadpodstawowej, posadowionych na terenie Gminy Pawłowice;
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie;
- w odniesieniu do działań edukacyjnych - bycie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka uprawnionego do udziału w programie;
- w odniesieniu do działań szkoleniowych - bycie nauczycielem - wychowawcą, pedagogiem lub psychologiem w szkole podstawowej lub szkole ponadpodstawowej, posadowionych na terenie Gminy Pawłowice;

2) Kryteria wyłączenia z programu obejmują:

- objęcie osób w wieku 12-18 lat opieką poradni psychologicznej lub poradni psychiatrycznej w zakresie działań zaplanowanych w programie w czasie jego trwania lub uzyskiwanie świadczeń z zakresu profilaktyki psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz dziennych psychiatrycznych w trakcie trwania programu.

3. Planowane interwencje:

- 1) **Etap I** - Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych. Szkolenia będą obejmować zagadnienia dotyczące czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych, specyfiki zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych oraz stresu w szkole wśród dzieci i młodzieży oraz następstw zdrowotnych zaburzeń nastroju, skuteczności działań zapobiegawczych, konsekwencji bagatelizowania objawów chorobowych i zaniedbań diagnostycznych. Forma szkolenia i liczebność grup zostanie opracowana przez realizatora programu. Aby zmierzyć poprawę stanu wiedzy uczestników na temat depresji u dzieci, przeprowadzone zostaną wśród uczestników dwa testy (pre-test i post-test).
- 2) **Etap II** – Akcja informacyjno-edukacyjna:
 - realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranych podmiotach leczniczych, w Urzędzie Gminy Pawłowice oraz w szkołach na terenie Gminy, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek, publikacje w lokalnej prasie, artykuły sponsorowane, portale internetowe, radio, itp.
 - edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci - cykl wykładów z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych (tematyka wykładów będzie obejmować: charakterystykę skuteczności terapii psychologicznych wśród dzieci i młodzieży, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych, przedstawienie możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku występowania zaburzeń depresyjnych m.in. z możliwości rozmowy w ramach telefonu zaufania), prowadzonych przez psychologa lub psychoterapeutę, odbywających się z częstotliwością 2 razy na rok, realizowanych w formie wykładów 90-minutowych. W ramach realizowanych wykładów uczestnicy otrzymają materiały edukacyjne. Aby zmierzyć poprawę stanu wiedzy uczestników na temat depresji u dzieci, przeprowadzone zostaną wśród uczestników dwa testy (pre-test i post-test).
 - edukacja zdrowotna (psychoedukacja) dzieci i młodzieży prowadzona przez wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych na lekcjach wychowawczych. Uczestnicy dowiedzą się w trakcie zajęć o możliwości skorzystania w ramach programu z terapii zaburzeń depresyjnych prowadzonej przez specjalistów. Ponadto psychoedukacja będzie dotyczyć czynników ryzyka depresji, metod radzenia sobie

z zaburzeniami nastroju, konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu pogorszonego nastroju, czy innych trudności rozwojowych. Ponadto uczestnicy nabędą wiedzę i umiejętności na temat podnoszenia umiejętności życiowych, efektywnego radzenia sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia, prawidłowego porozumiewania się

i umiejętności interpersonalnych, podejmowania decyzji i krytycznego myślenia, radzenia sobie ze stresem i kierowania emocjami, a także budowania poczucia własnej wartości i pozytywnej samooceny. Aby zmierzyć poprawę stanu wiedzy na temat depresji u dzieci, przeprowadzone zostaną wśród nich dwa testy (pre-test i post-test).

3) **Etap III** – Badania przesiewowe realizowane przez psychologów i pedagogów szkolnych, obejmujące badanie z użyciem kwestionariusza samooceny umożliwiającego ocenę profilu

i nasilenia objawów depresyjnych, np. kwestionariusza CDI 2 (ang. *Children Depression Inventory*), przy czym o rodzaju testu przesiewowego zdecyduje realizator. Każdemu pacjentowi stworzone będą warunki odbycia wizyty na osobności. Uczestnik programu, który uzyskał pozytywny wynik w badaniu przesiewowym, weźmie udział w indywidualnych konsultacjach ze specjalistą.

4) **Etap IV** - Terapia zaburzeń nastroju (12 wizyt raz w tygodniu/2h) – sesje terapeutyczne realizowane przez psychoterapeutę dla zakwalifikowanych uczestników, terapia obejmować będzie wizytę początkową, na której wykonany zostanie wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności społecznej pacjenta), zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie, ocenę funkcjonowania psychologicznego (na podstawie testu depresji, np. Inwentarza Depresji Becka), ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych i rodzinnych. Przed badaniem specjalista odbędzie rozmowę poprzedzającą, której celem będzie przygotowanie uczestnika do badania. Specjalista wykona następnie wstępną ocenę sytuacji klinicznej pacjenta w kierunku wykrycia depresji poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi diagnostycznych, m.in. kwestionariuszy dostosowanych do wieku dzieci i młodzieży, obserwacji oraz wywiadu z dzieckiem i rodzicem/opiekunem prawnym dziecka.

Uczestnicy w wieku 12-18 lat powinni wypełniać kwestionariusz przeznaczony do samodzielnego wypełnienia. Następnie odbędzie się 11 wizyt terapeutycznych, gdzie o dokładnym rodzaju terapii zdecyduje psychoterapeuta. Na ostatniej wizycie, po przeprowadzeniu cyklu spotkań terapeutycznych, specjalista dokona podsumowania cyklu terapii oraz udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu. W sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań objętych programem, rodzice/opiekunowie prawni dziecka będą poinformowani o konieczności i możliwości wykonania badań uzupełniających oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych (w ramach NFZ). Po zakończeniu działań terapeuta sporządzi krótką notatkę informacyjną dla lekarza rodzinnego.

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

a. Opinie ekspertów klinicznych

Działania w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017);
- American Academy of Pediatrics (AAP 2018);
- United States Preventive Services Task Force (USPSTF 2016);
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2017);
- European Psychiatric Association (EPA 2012);
- European Union via Joint Action *for* Mental Health *and* Well-being (JA MH-WB 2016);
- Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP 2021);
- Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPiN 2018).

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

Podstawowe zalecenia służące wzmacnianiu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży obejmują przede wszystkim wspieranie rodziny, zarówno na poziomie kompetencji wychowawczych, ochrony zdrowia psychicznego rodziców, ale też stosowania regulacji prawnych umożliwiających rodzicom spędzanie większej ilości czasu ze swoimi dziećmi. Powyższe działania mogą sprawić, że relacje rodzinne zostaną oparte na skutecznej komunikacji i wzajemnym wsparciu, a także będą stanowiły czynnik prewencyjny dla zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Drugim istotnym elementem jest

wspieranie szkół poprzez odpowiednie przygotowanie kadry pedagogicznej do wzmacniania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, stwarzanie odpowiednich warunków do pracy (np. mniejsze szkoły, mniej liczne klasy, odpowiedni klimat i etos szkoły) oraz zapobieganie dyskryminacji osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego na terenie szkoły. Eksperti w swoich wytycznych podkreślają, że pomoc pacjentom z zaburzeniami zdrowia psychicznego, powinna być udzielana blisko miejsca zamieszkania, w modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej opartej o współpracę lecznictwa psychiatrycznego i psychoterapii (JA MH-WB 2016)²⁸.

Jako że świadomość społeczną najlepiej jest modyfikować poprzez działania edukacyjne mające na celu zwiększanie wiedzy, towarzystwa naukowe, takie jak: American Academy of Pediatrics (AAP 2018), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017) i European Psychiatric Association (EPA 2012) zalecają przeprowadzanie programów edukacyjnych o tematyce dotyczącej promowania zdrowia psychicznego i depresji. Rekomendacje NICE 2017 podkreślają, aby przekazywana wiedza była dostosowana do wieku odbiorcy i obejmowała etiologię, przebieg oraz zasady leczenia depresji, włączając w to również informacje dotyczące stosowania leków i ich skutków ubocznych.

W celu wykrycia nieprawidłowości u młodzieży w wieku 12-18 lat rekomenduje się skryning w kierunku wykrycia dużej depresji (MDD – Major Depressive Disorder). Skryning powinien być zaimplementowany w taki sposób, który umożliwi postawienie diagnozy i wdrożenie efektywnego leczenia. Profesjonaliści medyczni w podstawowej opiece zdrowotnej, szkołach i innych jednostkach powinni być zaznajomieni z metodami przesiewowymi w kierunku wykrywania zaburzeń nastroju (NICE 2017).

Wytyczne AAP 2018, NICE 2017 i RACGP 2017 wskazują także, że istotnym elementem diagnostyki jest zebranie wywiadu rodzinnego. 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. Rekomendowane są 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). Ponadto stosowanych jest kilka narzędzi skryningowych do wykorzystania w podstawowej opiece zdrowotnej, dwa najczęściej wykorzystywane z nich to kwestionariusz PHQ-A (Patient

28 Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.

Health Questionnaire for Adolescents) oraz skala depresji Becka (BDI – Beck Depression Inventory) (USPSTF 2016). Należy zaznaczyć, że niektóre rekomendacje np. AAP 2018 podkreślają, że istotne jest umożliwienie pacjentowi odbycie wizyty na osobności. Kluczowym elementem procesu konsultacyjnego jest wskazanie uczestnikowi adekwatnego rodzaju terapii (indywidualnej lub rodzinnej). Przykłady najczęściej zalecanych form psychoterapii to²⁹:

- indywidualna terapia poznawczo-behawioralna (CBT) w przypadku osób, u których wystąpił nawrót choroby mimo przyjmowania leków oraz osób ze znaczą depresją lub objawami rezydualnymi pomimo leczenia (zalecany czas trwania leczenia: 16 do 20 sesji terapeutycznych przez okres 3 do 4 miesięcy);
- terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) w przypadku osób, u których obecnie nie stwierdza się objawów depresji, ale w przeszłości doświadczyły trzech lub więcej epizodów depresyjnych (czas trwania leczenia: 2-godzinne spotkania raz w tygodniu przez 8 tygodni oraz 4 sesje kontrolne w okresie 12 miesięcy);
- terapia psychodynamiczna, która łączy w sobie elementy psychoanalizy i terapii poznawczo-behawioralnej. Służy dążeniu do zidentyfikowania świadomych i nieświadomych reakcji, zachowań i schematów myślowych pacjenta;
- terapia systemowa (terapia rodzin), której celem jest zmiana struktury rodziny w sytuacji wystąpienia kryzysu psychicznego jednego z członków rodziny, umożliwia przywrócenie możliwości adaptacyjnych, ustalenie granic, a przede wszystkim poprawę relacji i komunikacji w rodzinie.

c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

W przeglądzie systematycznym z metaanalizą Cuijpers 2006³⁰ dotyczącym psychologicznej terapii u dzieci w wieku 7-18 lat, wyłonionych w badaniach przesiewowych prowadzonych w szkołach wskazano, że efekt interwencji wyniósł $SDM=0,578$, można zatem uznać jego wysoką skuteczność. Zatem zgodnie z wynikami przeglądu, w celu zdiagnozowania i wdrożenia leczenia jednego przypadku depresji należy poddać badaniom

29 Remberk B, Antosik-Wójcińska A, Baron M. Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży, w: Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji, opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018.

30 Cuijpers P. at al. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis, Clin Psychol Rev, 2007, 27(3): 318-26. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001.

przesiewowym 31 osób. W dyskusji autorzy wskazują, że badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią skuteczną metodę postępowania, z wyłączeniem sytuacji pojawienia się negatywnych efektów takiego postępowania, przede wszystkim stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych. Warto również zwrócić uwagę na koszty depresji, zarówno bezpośrednie (w tym przede wszystkim koszty wykrycia, leczenia, farmakologii i hospitalizacji pacjenta) oraz pośrednie (koszty społeczne). Wśród kosztów społecznych depresji u dzieci i młodzieży należy wskazać dysfunkcje rodziny, pogorszenie relacji z rodzicami, rówieśnikami i środowiskiem społecznym dziecka (szkoła, miejsce zamieszkania itp.) oraz koszty absencji w szkole.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach programu będą realizowane w wybranych w drodze konkursu podmiotach leczniczych. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy zajęć edukacyjnych, badań przesiewowych, a także spotkań ze specjalistami. Edukacja zdrowotna będzie miała charakter indywidualny (w trakcie spotkań terapeutycznych) oraz grupowy (wykłady i lekcje wychowawcze). Badania przesiewowe będą miały charakter spotkań indywidualnych z dzieckiem lub w obecności rodzica/opiekuna prawnego dziecka, o czym zdecyduje realizator w odniesieniu do każdego uczestnika indywidualnie. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu dzieciom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Po zakończeniu programu uczestnik:

- zostaje poinformowany o sposobie dalszego postępowania (zalecenia dotyczące dalszej konsultacji specjalistycznej z wykazem podmiotów leczniczych, w którym będzie mógł podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika);
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (osobne ankiety dla dziecka, rodzica/opiekuna prawnego i kadry pedagogicznej uczestniczącej w szkoleniu - załącznik 3);
- kończy udział w Programie.

Pacjent może w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału w programie. W przypadku takiej decyzji zostaje poinformowany o konsekwencji rezygnacji ze wskazanych działań profilaktycznych (zwiększone ryzyko depresji).

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (II kwartał 2023);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (II - III kwartał 2023);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Gminy Pawłowice (II-III kwartał 2023);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych, spełniających warunki określone w dalszej części projektu;
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (II-III kwartał 2023);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2023 - 2027);
 - analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2027):
 - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów;
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora;
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2028).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Pawłowice. W programie realizatorem będą wyłonione w drodze konkursu ofert podmioty lecznicze, spełniające następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. Dz.U. 2022 poz. 633 z późn zm.];
 - zapewnienie wykonywania interwencji edukacyjnych w programie przez osoby wykonujące następujące zawody: pedagog szkolny, psycholog, psychoterapeuta,

posiadające tytuł magistra pedagogiki, psychologii oraz psychoterapii. Sesje terapeutyczne będzie mógł prowadzić jedynie psychoterapeuta posiadający tytuł magistra psychoterapii oraz mający doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą.

- o posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmioty realizujące Program będą zobowiązane do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizatorzy będą przekazywali koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 3), a także sporządzali sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1876], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1555], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu

- analiza liczby i odsetka dzieci, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 1, 2, 3),
- analiza liczby i odsetka dzieci, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 1, 2, 3),
- analiza liczby i odsetka dzieci, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej,
- analiza liczby i odsetka rodziców/opiekunów prawnych dzieci, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej,
- procent uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie,
- procent uczestników, którzy ukończyli program,
- liczby i odsetka uczestników psychoedukacji,
- liczby i odsetka uczestników korzystających z psychoterapii w ramach programu,

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027

- analiza liczby i odsetka osób, które uczestniczyły w szkoleniach.

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (osobno dzieci i młodzież, rodzice dzieci oraz uczestnicy szkolenia) (załącznik 3),
- deklarowana przez uczniów i rodziców/ opiekunów prawnych poprawa wskaźników dotyczących jakości snu, aktywności fizycznej, aktywności społecznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, identyfikacji własnych emocji oraz radzenia sobie w stanach obniżonego nastroju jako ocena skuteczności sesji terapeutycznych (załączniki nr 5 i 6),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- liczby i odsetka dzieci, które uzyskały wyniki co najmniej dobre dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu depresji,
- liczby i odsetka rodziców/opiekunów prawnych dzieci, które uzyskały wyniki co najmniej dobre dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu depresji,
- liczby i odsetka uczestników, u których zanotowano objawy zaburzeń psychicznych,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe, w tym:

- 4 000 zł – akcja edukacyjno-informacyjna (etap I), w tym koszt psychoedukacji rodziców/opiekunów prawnych dzieci, psychoedukacji dzieci i młodzieży oraz koszt materiałów informacyjnych
- 2 000 zł – koszt monitoringu i ewaluacji
- 30 zł – koszt uczestnictwa w II etapie programu (badania przesiewowe)
- 1 200 zł - koszt uczestnictwa w III etapie programu (100 zł x 12 wizyt terapeutycznych)
- 1 000 zł - koszt szkolenia (IV etap programu) (szkolenie kadry pedagogicznej/ 1 raz w trakcie całego programu, w pierwszym roku programu - 2023)

2. Planowane koszty całkowite:

Tab. II. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników (w złotych).

Lp.	Rok realizacji	2024
1	Szacunkowa liczba uczestników programu	400
2	Koszt cząstkowy za akcję informacyjno-edukacyjną (etap I)	4 000
3	Koszt cząstkowy za interwencje u osób w II etapie (30zł x liczba dzieci)	12 000
4	Koszt cząstkowy za interwencje u osób w III etapie (100zł x 12 x 20%* z poz. 1)	96 000

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027

5	Koszt monitoringu i ewaluacji	2 000
6	Koszt całkowity (poz. 2 + poz. 3 + poz. 4 + poz. 5)	114 000

*przy założeniu, że rozpowszechnienie choroby wynosi około 20%

Lp.	Rok realizacji	2025
1	Szacunkowa liczba uczestników programu	400
2	Koszt częściowy za akcję informacyjno-edukacyjną (etap I)	4 000
3	Koszt częściowy za interwencje u osób w II etapie (30zł x liczba dzieci)	12 000
4	Koszt częściowy za interwencje u osób w III etapie (100zł x 12 x 20%* z poz. 1)	96 000
5	Koszt monitoringu i ewaluacji	2 000
6	Koszt całkowity (poz. 2 + poz. 3 + poz. 4 + poz. 5)	114 000

Lp.	Rok realizacji	2026
1	Szacunkowa liczba uczestników programu	400
2	Koszt częściowy za akcję informacyjno-edukacyjną (etap I)	4 000
3	Koszt częściowy za interwencje u osób w II etapie (30zł x liczba dzieci)	12 000
4	Koszt częściowy za interwencje u osób w III etapie (100zł x 12 x 20%* z poz. 1)	96 000
5	Koszt monitoringu i ewaluacji	2 000
6	Koszt całkowity (poz. 2 + poz. 3 + poz. 4 + poz. 5)	114 000

Lp.	Rok realizacji	2027
1	Liczba uczestników programu	300
2	Koszt częściowy za akcję informacyjno-edukacyjną (etap I)	4 000
3	Koszt częściowy za interwencje u osób w II etapie (30zł x liczba dzieci)	9 000
4	Koszt częściowy za interwencje u osób w III etapie (100zł x 12 x 20%* z poz. 1)	72 000
5	Koszt monitoringu i ewaluacji	2 000
6	Koszt całkowity (poz. 2 + poz. 3 + poz. 4 + poz. 5)	87 000

*przy założeniu, że rozpowszechnienie choroby wynosi około 20%

Koszt całkowity programu w latach 2024-2027 = 429 000zł

3. Źródło finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Pawłowice. Urząd Gminy będzie starał się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia:

1. Biechowska D., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, W: Wojtyniak B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020, s. 517-534.
2. Cechnicki A., Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody. Psychiatr. Prakt. Klin., 2009, 2: 41-54.
3. Cuijpers P. et al. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis, Clin Psychol Rev, 2007, 27(3): 318-26. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001.
4. Gałęcki P, Szulc A., Psychiatria, Urban & Partner, Warszawa 2018.
5. Hammen C. Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2022, s. 13
<https://www.mp.pl/pacjent/pediatric/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy> [dostęp 15.04.2023].
6. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.
7. Komosińska K. Wybrane zaburzenia psychiczne utrudniające proces edukacji szkolnej dzieci i młodzieży, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, 2012, 18 (2), 105-113.
8. Miernik-Jaesche M. Namysłowska I. Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, [<https://www.mp.pl/pacjent/pediatric/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy>, dostęp 15.04.2023].
9. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, Wydanie 2008, World Health Organization 2009.
10. Moskalewicz J. Kiejna A. Wojtyniak B. „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski” - Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do

psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

11. Moskaiewicz J., Wciórka J. (red.), Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań, „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, Warszawa, 2021, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
12. Murawiec S. Diagnosis and treatment of depression in primary care setting – practical aspects, *Lekarz w POZ*, 5, 2017, s. 338-343.
13. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz.U. Min. Zdr. 2021.69].
14. Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026.
15. Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12368306>; dostęp: 12.04.2023].
16. Remberk B, Antosik-Wójcińska A, Baron M. Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży, w: Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji, opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357].
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025.
19. Uchwała nr 2735/299/VI/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 22.12.2021 r. w sprawie: przyjęcia dokumentu „Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030”.
20. WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int; dostęp: 11.04.2023].
21. World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary, World Health Organization 2022 [<https://www.who.int/>; dostęp: 15.04.2023 r.].
22. Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [[Katowice.uw.gov.pl](https://katowice.uw.gov.pl); dostęp: 16.04.2023 r.]

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027” (wzór)

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / /
Nr PESEL		<i>(dzień/miesiąc/rok)</i>

III. Zgoda na udział w programie

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w programie.**

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)

Załącznik 2

Karta kwalifikacyjna udziału pacjenta w „Programie profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027”

Niniejszym zaświadczam, że:

u urodzonego/ej w dniu
zamieszkałego/ej

w

nr PESEL *

stwierdzono/nie stwierdzono** zaburzenia/ń nastroju.

Na podstawie przeprowadzonej procedury kwalifikuję/nie kwalifikuję** dziecko do udziału w „Programie profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027”

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczęć i podpis osoby kwalifikującej do programu)

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

** niewłaściwe skreślić

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027

Załącznik 3

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych procedur w ramach programu za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Gminy w Pawłowicach
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych (liczba wykładów)	Liczba rodziców/uczestników wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej	Liczba dzieci/uczestników psychoedukacji	Liczba badań przesiewowych	Liczba osób zakwalifikowanych do programu

....., dnia

(miejsowość)

(data

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji kadry pedagogicznej/rodziców(opiekunów prawnych)/uczestników biorących udział w programie, pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027” (wzór)

I. Ocena opieki w trakcie badań przesiewowych

Jak Pan/Pani/- ocenia/asz:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość osoby kwalifikującej?					
poszanowanie prywatności podczas badań?					
staranność wykonywania badań?					

II. Ocena psychoterapeuty

Jak Pan/Pani?- ocenia/asz:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychoterapeuty?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

III. Dodatkowe uwagi/opinie

--

Załącznik 4

Ocena skuteczności sesji terapeutycznych w opinii rodziców/opiekunów prawnych uczestników programu, pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027” (wzór)

Proszę ocenić w skali od 1 do 5 (gdzie 1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie) poprawę kondycji zdrowotnej dziecka w wymienionych aspektach.

1. Poprawa jakości snu dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

2. Poprawa aktywności fizycznej dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

3. Poprawa aktywności społecznej dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

4. Poprawa radzenia sobie ze stresem u dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

5. Poprawa identyfikacji własnych emocji przez dziecko po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

6. Poprawa radzenia sobie w stanach obniżonego nastroju przez dziecko po programie

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

Załącznik 6

Ocena skuteczności sesji terapeutycznych w opinii uczestników programu, pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027” (wzór)

Oceń w skali od 1 do 5 (gdzie 1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie) poprawę swojej kondycji zdrowotnej w wymienionych aspektach.

1. Poprawa jakości snu po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

2. Poprawa aktywności fizycznej po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

3. Poprawa aktywności społecznej po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

4. Poprawa radzenia sobie ze stresem po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

5. Poprawa identyfikacji własnych emocji po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

6. Poprawa radzenia sobie w stanach obniżonego nastroju po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027

Uzasadnienie

Wychodząc naprzeciw potrzebom zdrowotnym dzieci i młodzieży oraz na wniosek pedagogów szkolnych opracowano program polityki zdrowotnej p.n. „ Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat uczęszczających do szkół na terenie gminy Pawłowice na lata 2023-2027”. Program uzyskał pozytywną opinię pod warunkiem uwzględnienia uwag Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie.