

**Załącznik do uchwały nr 764/322/22
Zarządu Województwa Mazowieckiego
z dnia 17 maja 2022 r.**

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

tel. (22) 59-79-900, email: zdrowie@mazovia.pl

Program Polityki Zdrowotnej Samorządu Województwa Mazowieckiego



Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego

okres realizacji: lata 2022-2024

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do programu wydana została Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 18/2022 z dnia 14 kwietnia 2022 r.

Warszawa 2022 r.

Spis treści

Słowniczek.....	3
1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	5
1.1. Opis problemu zdrowotnego.....	5
1.2. Dane epidemiologiczne.....	9
1.3. Opis obecnego postępowania.....	11
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
2.1 Cel główny.....	12
2.2 Cele szczegółowe.....	12
2.3 Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej.....	12
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	13
3.1 Populacja docelowa.....	13
3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	14
3.3 Planowane interwencje.....	16
3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	21
3.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	21
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	22
4.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	22
4.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	24
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	26
5.1 Monitorowanie.....	26
5.2 Ewaluacja.....	28
6. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	29
6.1 Koszty jednostkowe.....	29
6.2 Koszty całkowite.....	31
6.3 Źródła finansowania.....	31
Bibliografia.....	32
Załącznik A. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania*.....	34
Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie.....	36
Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – dzieci i młodzież uczestnicząca w sesjach terapeutycznych.....	37
Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – dzieci i młodzież uczestnicząca w edukacji zdrowotnej.....	39
Załącznik C3. Wzór ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej.....	41
Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*.....	43

Załącznik E. Test wiedzy dla dzieci i młodzieży.....	46
Klucz odpowiedzi do testu wiedzy dla dzieci i młodzieży.....	48

Słowniczek

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

DALY (ang. Disability Adjusted Life-Years) – utracona długość życia korygowana niepełnosprawnością. Wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa. Wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby.

CBT (ang. cognitive behavioral therapy) - terapia poznawczo-behawioralna.

ICD-11 - Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Kadra pedagogiczna – nauczyciele wszystkich stopni zawodowych, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni zgodnie z ustawą z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela zatrudnieni w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych na terenie województwa mazowieckiego.

Koszty bezpośrednie – koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie – koszty kwalifikowane, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową. Do kosztów pośrednich należą także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu. Koszty pośrednie rozliczne są w formie ryczałtu.

Kryteria włączenia – warunki, które musi spełnić osoba aplikująca, aby skorzystać z programu.

Kryteria wyłączenia – warunki, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w programie.

Organizator – Województwo Mazowieckie.

Osoba aplikująca do programu – osoba, która zgłosiła chęć udziału w programie (np. została zapisana na wizytę lub wpisana na listę oczekujących).

Program – Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024.

Psychoterapeuta – osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub ubiegająca się o certyfikat psychoterapeuty, która spełnia łącznie warunki wskazane w § 2 pkt 5 lub § 2 pkt 8 w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (z późn. zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Realizator – wybrany w drodze konkursu podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub podmiot, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

Specjalista – lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub specjalista psycholog kliniczny lub certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny dysponujący umiejętnościami diagnozowania zaburzeń w oparciu o ustrukturyzowane wywiady kliniczne.

Uczestnik – osoba spełniająca kryteria włączenia do programu i bezpośrednio korzystająca z co najmniej jednej interwencji zaplanowanej w programie.

WHO (ang. World Health Organization) – Światowa Organizacja Zdrowia.

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

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Depresja jest najczęściej występującą chorobą psychiczną, należąca do grupy zaburzeń afektywnych, kojarzoną najczęściej ze stanami głębokiego smutku i przygnębienia. Podobnie jak w przypadku wielu innych chorób (także psychicznych), cechuje się jednak mnogim wachlarzem objawów, które występują w różnych zestawieniach u poszczególnych cierpiących na nią ludzi. Poza badaniem lekarskim, nie istnieje żaden czuły, a zarazem swoisty sposób na rozpoznanie depresji, z czego wynika niska rozpoznawalność tej choroby, wysoki odsetek pacjentów nieleczonych oraz mnogość strat związanych z chorowaniem na depresję^{1,2}.

Do czynników ryzyka depresji u dzieci i młodzieży zalicza się:

- czynniki genetyczne: występowanie depresji u rodziców (które stanowi obciążenie genetyczne, a zarazem nie sprzyja prawidłowemu wypełnianiu ról rodzicielskich), genetyczna predyspozycja do depresji i lęku, która przejawia się w większej wrażliwości na obciążające stresory;
- czynniki rodzinne: konflikty i zakłócenia relacji w rodzinie, niski status socjoekonomiczny, śmierć jednego z opiekunów, przemoc i molestowanie seksualne, zaniedbanie, przestępczość, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, niedostateczna więź z dzieckiem, brak wrażliwości na jego potrzeby, negatywne postawy rodzicielskie (chłód, odrzucenie), brak wsparcia, nieprawidłowy styl wychowania, dezorganizacja życia rodzinnego i niedostępność rodziców z powodu ich depresji lub choroby – także somatycznej;
- czynniki psychologiczne: silny lęk, niska samoocena, wysoki samokrytycyzm, zniekształcenia poznawcze, negatywny styl atrybucji, trudności w nauce, niedostateczne umiejętności społeczne, wysoki perfekcjonizm, poczucie beznadziejności;
- czynniki związane z doświadczeniem życiowym: śmierć rodzica/przyjaciela, rozwód, żałoba, samobójstwo w bliskim otoczeniu, utrata więzi przyjacielskiej, trudności w kontaktach z rówieśnikami, zawód w związku romantycznym, niepowodzenia szkolne³.

Według klasyfikacji ICD-11, aby rozpoznać epizod depresyjny, należy stwierdzić występowanie przez co najmniej dwa tygodnie przynajmniej dwóch z trzech poniższych objawów:

1. obniżony nastrój,
2. utrata zainteresowań i zdolności do radowania się,
3. zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności.

¹ <https://wyleczdepresje.pl/depresja-mlodziencza/#materialy> – „Poradnik edukatora”

² Pużyński S., „Depresje i zaburzenia afektywne”, Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa 2002

³ „Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji”, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018

Ponadto wśród niżej wymienionych muszą zostać zdiagnozowane dwa lub więcej objawów dodatkowych:

1. osłabienie koncentracji i uwagi,
2. niska samoocena i mała wiara w siebie,
3. poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu),
4. pesymistyczne widzenie przyszłości,
5. myśli i czyny samobójcze lub autoagresywne,
6. zaburzenia snu,
7. zmniejszony apetyt.

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), aby rozpoznać ciężką depresję należy stwierdzić pięć (lub więcej) spośród wymienionych objawów występujących w ciągu tego samego 2-tygodniowego okresu, powodując zmianę w stosunku do dotychczasowego poziomu funkcjonowania:

1. obniżony nastrój utrzymujący się przez większą część dnia, prawie każdego dnia, ujawniany albo w postaci subiektywnych skarg, albo za pośrednictwem obserwacji czynionych przez inne osoby;
2. znaczne zmniejszenie zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności w stosunku do wszystkich lub prawie wszystkich aktywności;
3. znaczący spadek masy ciała, bez rozmyślnego ograniczenia przyjmowanych pokarmów lub zwiększenie masy ciała;
4. bezsenność lub nadmierna senność niemal każdego dnia;
5. pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe;
6. zmęczenie lub poczucie braku energii;
7. poczucie braku własnej wartości lub nieadekwatne, nadmierne poczucie winy;
8. zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji albo brak zdecydowania;
9. nawracające myśli o śmierci;
10. występowanie objawów powoduje kliniczne istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym obszarze⁴.

Obraz kliniczny depresji u dzieci i młodzieży jest odmienny od obrazu klinicznego depresji u osób dorosłych. Klasyfikacje ICD-11 oraz DSM-5 nie uwzględniają specyfiki tego obrazu. Depresja u dzieci i młodzieży objawia się także poprzez:

⁴ Hans-Jürgen Möller, „Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych”, Psychiatria Polska 2018; 52(4): 611–628

- skargi na dolegliwości somatyczne,
- wzmożoną drażliwość,
- wybuchy złości,
- trudne do wyjaśnienia rozdrażnienie,
- dużą wrażliwością na odrzucenie,
- lęk przed przyszłością^{5, 6, 7}.

Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku, obniżają możliwość prawidłowego funkcjonowania i bardzo często mają charakter nawracający. Depresja jest chorobą ogólnoustrojową, jej występowanie i brak właściwego leczenia powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Dlatego też tak istotne jest podejmowanie profilaktycznych działań mających na celu zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie depresji. Jednym z najistotniejszych problemów związanych z występowaniem zaburzeń depresyjnych jest fakt, iż zaburzenia te stanowią czynnik wysokiego ryzyka popełniania samobójstw.

Nadrzędnym celem leczenia depresji jest łagodzenie jej objawów. Niemniej istotne są interwencje ukierunkowane na kształtowanie relacji rówieśniczych, radzenie sobie ze stresem, budowanie pozytywnego obrazu siebie. Należy również pamiętać o leczeniu współistniejących zaburzeń psychicznych oraz nieprawidłowości z zakresu stanu somatycznego. Podstawowymi metodami leczenia są oddziaływania niefarmakologiczne – psychoedukacja i psychoterapia. Stosuje się je u dzieci, gdy nasilenie objawów depresyjnych jest nieznaczne, a funkcjonowanie pacjenta niezaburzone. W pozostałych przypadkach konieczne jest włączenie leków.

Niefarmakologiczne metody leczenia obejmują:

- psychoedukację – dostarczenie dziecku i rodzicom informacji na temat objawów i przyczyn depresji, metod leczenia, objawów niepożądanych oraz sposobów postępowania w sytuacjach nawrotu;
- psychoterapię – w formie terapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej.

Skuteczną formą psychoterapii zaburzeń nastroju jest terapia behawioralna, a w przypadku młodzieży terapia poznawczo-behawioralna (CBT). Terapia poznawczo-behawioralna opiera się na założeniu, że emocje i zachowanie są w dużej mierze wynikiem myślenia oraz że zmiana w obszarze myślenia może poprawić komfort psychiczny i wpłynąć na lepsze funkcjonowanie pacjenta. Istnieją dowody, że CBT przewyższa inne formy psychoterapii w łagodzeniu objawów depresyjnych. W depresji o ciężkim przebiegu połączenie CBT i farmakoterapii jest najszybszym i najbardziej efektywnym rozwiązaniem.

5 Bomba, J. (2018). Depresyjność i depresja. W: Gmitrowicz A., Janas-Kozik, M. (red.) Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży (s. 117-122). Warszawa: Medical Tribune Polska

6 Rabe – Jabłońska, J. (2011). Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska, I. (red.) Psychiatria dzieci i młodzieży. (s. 324-335). Warszawa: PZWL

7 Rybakowski, F. (2018). Zaburzenia depresyjne, choroba afektywna jednobiegunowa. W: Gmitrowicz A., Janas-Kozik, M. (red.) Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży (s. 123- 129). Warszawa: Medical Tribune Polska

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

Interwencje CBT mogą być szczególnie przydatne w leczeniu nastolatków ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, jak zaburzenia lękowe. U dzieci CBT stosuje się w celu zapobiegania lub leczenia depresji o łagodnym nasileniu. Metoda ta jest pomocna również w przypadku obecności nasilonego niepokoju⁸.

Istotne jest wzbogacenie podejścia opartego o CBT o pozytywne interwencje psychologiczne, które zakładają, że depresja może być skutecznie leczona nie tylko przez łagodzenie objawów depresyjnych, ale także poprzez poprawę samopoczucia, promowanie pozytywnego rozwoju i optymalnego funkcjonowania, poczucie szczęścia, pozytywnych emocji, mocnych stron i znaczenia w życiu. Zastosowanie pozytywnych interwencji psychologicznych jest szczególnie istotne w leczeniu objawów depresyjnych, gdyż choroba ta charakteryzuje się brakiem zaangażowania i poczucia korzystnego wpływu na własne życie u osób chorych. Wzmacnianie przede wszystkim tych pozytywnych zasobów może przeciwdziałać objawom depresyjnym i zapobiegać nawrotom w przyszłości⁹.

Farmakoterapię należy rozważyć, gdy nasilenie objawów utrudnia dziecku codzienne funkcjonowanie, a same oddziaływania terapeutycznie nie przynoszą zadowalających efektów. Stosowanie leków jest metodą uzupełniającą dla psychoterapii. Istnieją sytuacje, gdy leczenie farmakologiczne jest konieczne. Należą do nich:

- depresja o bardzo dużym nasileniu objawów, które uniemożliwia rozpoczęcie oddziaływań terapeutycznych, w takiej sytuacji psychoterapię stosuje się po uzyskaniu za pomocą leków poprawy w stanie psychicznym dziecka;
- depresja w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej;
- depresja z objawami psychotycznymi¹⁰.

Założenia programu zostały skierowane do konsultacji do konsultantów wojewódzkich w dziedzinach: psychologii klinicznej, zdrowia publicznego, psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapii dzieci i młodzieży, Przewodniczącej Mazowieckiej Rady Zdrowia Psychicznego kadencji 2017-2021, Mazowieckiego Kuratorium Oświaty oraz specjalistów z SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego w Warszawie.

Problem zdrowotny poruszony w programie wpisuje się w założenia:

- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 – w zakresie celu operacyjnego nr 3: „Promocja zdrowia psychicznego”;

⁸ S. Kalinowska, K. Nitsch, P. Duda, B. Trześniowska-Drukała, J. Samochowiec, „Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia”, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2013

⁹ „Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji”, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018

¹⁰ S. Kalinowska, K. Nitsch, P. Duda, B. Trześniowska-Drukała, J. Samochowiec, „Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia”, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2013

- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 w zakresie celu nr 2: „Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi”;
- uchwały nr 1631/381/18 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 15 października 2018 r. w sprawie Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018 – 2023¹¹ w zakresie celu 2: „Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi” oraz celu 3: „Podejmowanie innych działań mających na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród mieszkańców Mazowsza”.

1.2. Dane epidemiologiczne

Według WHO łączna liczba osób żyjących z depresją na świecie wynosi 350 mln, stanowi ona 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności na świecie (11% wszystkich lat życia skorygowanych niepełnosprawnością na świecie – DALY)¹². Depresja zdecydowanie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn. Wskaźnik rozpowszechnienia depresji jest także zróżnicowany, jeśli chodzi o grupy wiekowe, osiągając najwyższy poziom w wieku dojrzałym (ok. 7,5% wśród kobiet i 5,5% wśród mężczyzn w wieku 55-74 lata). Depresja wysoki wskaźnik osiąga także wśród dzieci i młodzieży w wieku poniżej 15 lat¹³.

Liczba mieszkańców Europejskiego Regionu WHO, którzy cierpią na zaburzenia depresyjne sięga 40 mln. Depresja jest drugą najczęściej występującą przyczyną niepełnosprawności i utraty zdrowia oraz główną przyczyną ponad 128 tys. samobójstw w Europejskim Regionie WHO¹⁴.

Dzieci i młodzież są grupą, która coraz częściej doświadcza zaburzeń depresyjnych. Szacuje się, że 2%-10% dzieci cierpi na depresję. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia¹⁵.

Jak wynika z danych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 roku świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji udzielono 631,6 tys. pacjentom. Liczba ta utrzymywała się na podobnym poziomie w latach 2013–2018. W tym okresie świadczenia najczęściej były udzielane pacjentom w wieku 55–64 lata. Udział pacjentów w grupach wiekowych od 18 do 64 lat malał (z 74% w roku 2013 do 68,2% w roku 2018 — spadek o 5,8 pp.), natomiast w grupach poniżej 18 r.ż. oraz powyżej 65 r.ż. wzrósł. Największe spadki dotyczyły osób w wieku 45–64 lat (z 46,5% w 2013 r. do 41,2% w 2018 r. — spadek o 5,3 pp.). Wzrost w grupie wiekowej 65+ wynosił 5,1 pp., a poniżej 18 r.ż. 0,8 pp.¹⁶.

11 zmienionej uchwałą nr 1440/253/21 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 13 września 2021 r.

12 Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, „Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej”, Warszawa, 2019

13 „Depression and Other Common Mental Disorders”, Global Health Estimates; 2017

14 „Komunikat prasowy z okazji Światowego Dnia Zdrowia 2017, Depresja – porozmawiajmy”, World Health Organization, Regional Office for Europe, Warszawa, 2017

15 Opinia Prezesa AOTMiT nr 35/2021 z dnia 23 czerwca 2021 r.

16 „NFZ o zdrowiu. Depresja”, Warszawa, 2020

Tabela 1 Struktura wieku i płci pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji (na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia)

Rok	Łącznie (w tys.)	<18	18-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
2013	619,3	1,2%	12,7%	14,8%	20,3%	26,2%	13,4%	11,3%
2014	632,4	1,4%	12,7%	15,0%	19,4%	26,1%	13,9%	11,5%
2015	631,3	1,4%	12,6%	15,1%	18,7%	26,0%	14,6%	11,6%
2016	634,6	1,5%	12,4%	15,0%	18,2%	25,4%	15,4%	12,1%
2017	633,5	1,6%	12,3%	14,8%	17,9%	24,7%	16,4%	12,3%
2018	631,6	2,0%	12,4%	14,6%	17,7%	23,5%	17,3%	12,5%

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych w 2019 r. w województwie mazowieckim zapadalność na zaburzenia depresyjne w populacji ogólnej wynosiła 2 380,7 na 100 tys. mieszkańców, co stanowiło 73,61% wszystkich zaburzeń psychicznych. W grupie wiekowej 10-14 lat zapadalność wynosiła 586,4 na 100 tys., w wieku 15-19 lat – 1 727,2 na 100 tys.¹⁷.

Wartość wskaźnika DALY dla zaburzeń depresyjnych w 2019 r. w województwie mazowieckim w grupie wiekowej 10-14 lat wynosiła 78,5 na 100 tys. mieszkańców (w tej samej grupie wiekowej), natomiast w grupie 15-20 lat – aż 259,6 na 100 tys. mieszkańców¹⁸.

Stan zdrowia psychicznego Polaków opisuje badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska”. Według badania EZOP ok. 4% (około 1-1,5 mln.) mieszkańców Polski doświadczyło w ciągu swojego życia co najmniej jednego epizodu zaburzenia nastroju. Wskaźniki występowania zaburzeń depresyjnych w naszym kraju rosną wraz z wiekiem – 5% osób powyżej 50 roku życia. W przeciągu ostatnich kilkunastu lat, zaobserwowano wyraźny wzrost zgłaszalności zaburzeń psychicznych w psychiatrycznych jednostkach opieki zdrowotnej. W lecznictwie ambulatoryjnym odnotowano 100% wzrost zgłaszalności, a w lecznictwie stacjonarnym – 50%¹⁹. Rozpowszechnienie występowania depresji u dzieci wynosi 2%, natomiast u młodzieży 4-8% i wzrasta wraz z wiekiem osiągając poziom 20% u osób do 18. roku życia. Zagrożenie wystąpienia depresji u dzieci w rozróżnieniu na płeć jest jednakowe, jednak zmienia się po okresie dojrzewania, wyraźnie wzrastając u dojrzewających dziewcząt. Należy rozróżnić depresję rozpoczynającą się w dzieciństwie od tej doświadczanej w okresie młodzieńczym. Osoby, u których wystąpiły zaburzenia depresyjne w okresie dorastania w większym stopniu narażone są na ich nawrót w wieku dorosłym. Według statystyk wystąpienie depresji jest także kilkanaście razy większe u spokrewnionych z osobami, które w swoim życiu doświadczyły zaburzeń depresyjnych. Dla krewnych pierwszego stopnia ryzyko wystąpienia choroby wynosi 10-13%.²⁰

¹⁷ <http://mpz.mz.gov.pl/> (dostęp 15.09.2021 r.)

¹⁸ <http://mpz.mz.gov.pl/> (dostęp 15.09.2021 r.)

¹⁹ Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska. 2012”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

²⁰ „Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku”, Tom II, red. K. Kowalczyk, E. Krajewska-Kulak, M. Cybulski, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2016

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

Mając na uwadze powyższe Program skierowany został do dzieci i młodzieży w wieku 12-21 lat oraz kadry pedagogicznej. Szczegółowy opis populacji przedstawiony został w podrozdziale 3.1. Populacja docelowa.

1.3. Opis obecnego postępowania

Świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej są finansowane ze środków publicznych i udzielane przez podmioty, które zawarły stosowną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (z późn. zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień świadczenia gwarantowane realizowane są w warunkach:

- 1) stacjonarnych:
 - a) psychiatrycznych,
 - b) leczenia uzależnień,
 - c) w izbie przyjęć;
- 2) dziennych:
 - a) psychiatrycznych,
 - b) leczenia uzależnień;
- 3) ambulatoryjnych:
 - a) psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego),
 - b) leczenia uzależnień.

Dzieci i młodzież ze stwierdzoną depresją mogą leczyć się w następujących wariantach placówek:

- stacjonarnych,
- oddziału/ośrodka dziennego,
- ambulatoryjnych (w poradniach).

W ramach świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży zakres świadczeń w warunkach stacjonarnych obejmuje:

- świadczenia w których skład wchodzi diagnostyka i leczenie dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia,
- leczenie zaburzeń nerwicowych zawierające diagnostykę i leczenie dzieci i młodzieży z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i zachowania.

Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży obejmują diagnostykę, leczenie i rehabilitację dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia – z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. W ramach pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.

W warunkach ambulatoryjnych zakres świadczeń dla dzieci i młodzieży obejmuje:

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

- poradę lekarską diagnostyczną,
- poradę lekarską terapeutyczną,
- poradę lekarską kontrolną,
- poradę psychologiczną diagnostyczną,
- poradę psychologiczną,
- poradę kompleksowo-konsultacyjną dla osób z autyzmem dziecięcym,
- sesję psychoterapii indywidualnej,
- sesję psychoterapii rodzinnej,
- sesję psychoterapii grupowej,
- sesję wsparcia psychospołecznego,
- wizytę, poradę domową lub środowiskową,
- program terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym.

Program stanowi wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1 Cel główny

Celem głównym programu jest zwiększenie o minimum 0,2% liczby identyfikowanych podejrzeń przypadków zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży w wieku od 12. do 21. roku życia mieszkających w województwie mazowieckim w latach 2022-2024.

2.2 Cele szczegółowe

Cel szczegółowy nr 1

Przeprowadzenie i zakończenie procesu terapeutycznego u minimum 80% uczestników z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego w latach 2022-2024.

Cel szczegółowy nr 2

Zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych u minimum 70% uczestników edukacji zdrowotnej spośród I grupy docelowej w latach 2022-2024.

Cel szczegółowy nr 3

Zwiększenie u minimum 70% uczestników szkoleń spośród II grupy docelowej, tj. kadry pedagogicznej, poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych w latach 2022-2024.

2.3 Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej

- 1) Iloraz liczby osób, u których w ramach programu zostało zidentyfikowane podejrzenie zaburzenia depresyjnego i liczby dzieci i młodzieży w wieku od 12 do 21 roku życia mieszkających w województwie mazowieckim – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu głównego).
Wartość docelowa miernika: minimum 0,2%.

Wartość docelowa miernika na poziomie minimum 0,2% przyjęta została na podstawie szacunkowej liczby uczestników z I grupy docelowej z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego możliwej do przyjęcia do programu w ramach planowanych środków w odniesieniu do liczby dzieci i młodzieży wymagającej pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego przedstawionego w rozdziale 1.2. Dane epidemiologiczne.

- 2) Iloraz liczby uczestników, u których przeprowadzono spotkanie podsumowujące terapię i liczby uczestników skierowanych na sesje terapeutyczne – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 1).

Wartość docelowa miernika: minimum 80%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 80% uwzględniając możliwość rezygnacji z uczestnictwa w programie przez uczestnika na każdym jego etapie, zgodnie z informacjami przedstawionymi w rozdziale 3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

- 3) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 2).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 70% uwzględniając poziom wiedzy uczestników przed przystąpieniem do edukacji zdrowotnej oraz czynniki niezależne od Organizatora, tj. m.in. sposób przekazywania informacji przekazywanych przez osoby edukujące, mające wpływ na skuteczność podejmowanych działań.

- 4) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób uczestniczących w szkoleniu z II grupy docelowej – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 3).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 70% uwzględniając poziom wiedzy uczestników przed przystąpieniem do szkolenia oraz czynniki niezależne od Organizatora, tj. m.in. sposób przekazywania informacji przekazywanych przez osoby edukujące, mające wpływ na skuteczność podejmowanych działań.

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

3.1 Populacja docelowa

Do programu włączone zostaną osoby, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

W programie wyróżnia się dwie grupy uczestników:

I grupa – dzieci i młodzież w wieku od 12. do 21. roku życia;

II grupa – kadra pedagogiczna korzystająca ze szkoleń.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2020 r. w województwie mazowieckim mieszkało 819 289 osób w wieku 10-24 lat. Na podstawie danych GUS szacuje się, że w 2020 r. w województwie mazowieckim mieszkało 546 193 osób w wieku 12-21 lat.

Jak wynika z danych Centrum Informatycznego Edukacji w 2018 r. w województwie mazowieckim zatrudnionych było 109 993 nauczycieli.

Budżet programu wynosi 8 000 000 zł. Na przeprowadzenie interwencji dla I grupy docelowej przeznaczono około 95% środków budżetu programu. Na przeprowadzenie szkoleń dla kadry pedagogicznej planuje się przeznaczyć około 5% środków budżetu programu.

W kalkulacji założono, że u 746 uczestników z I grupy docelowej przeprowadzone zostanie badanie przesiewowe w kierunku depresji, konsultacja ze specjalistą oraz edukacja zdrowotna (koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 913,93 zł).

Natomiast 1 136 uczestników z I grupy docelowej skorzysta z badania przesiewowego, konsultacji ze specjalistą, 25 sesji terapeutycznych oraz spotkania podsumowującego terapię (koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 6 160,52 zł).

Biorąc pod uwagę powyższe szacowania i budżet programu w trakcie jego trwania można przeprowadzić interwencje dla około 1 882 dzieci i młodzieży – I grupy docelowej.

W kalkulacji założono dodatkowo, że 1 961 osób z II grupy docelowej skorzysta ze szkoleń (koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 163,01 zł).

W przypadku dużego zainteresowania programem i dużej liczby chętnych do udziału w nim, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe.

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

Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej – dzieci i młodzież

Do programu zostaną zakwalifikowane osoby spełniające jednocześnie wszystkie kryteria wskazane w pkt 1-4 oraz minimum jedno kryterium z pkt 5. Niespełnienie przynajmniej jednego kryterium określonego w pkt 1-5 stanowi przeciwwskazanie do udziału w programie.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie – dzieci i młodzież:

Osoba aplikująca do programu w dniu kwalifikacji musi:

- 1) mieć ukończony 12 rok życia i nie może mieć więcej niż 21 lat;
- 2) mieszkać na terenie województwa mazowieckiego, tj. być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
- 3) przedłożyć wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie (w przypadku osób do 18 roku życia, druk świadomej zgody na udział w programie wypełniony będzie przez osobę aplikującą do programu²¹ oraz rodzica/opiekuna prawnego dziecka);

²¹ Zgodnie z Kodeksem Etyczno-Zawodowym Psychologa

- 4) złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych (np. NFZ);

dodatkowo:

- 5) u osoby aplikującej do programu, podczas wywiadu, na podstawie subiektywnej oceny osoby aplikującej, musi zostać stwierdzony co najmniej jeden z poniższych symptomów:
- zaburzenia emocjonalne:
 - obniżony nastrój,
 - utrata zainteresowań i zdolności do radowania się,
 - trudne do wyjaśnienia rozdrażnienie,
 - duża wrażliwość na odrzucenie,
 - osłabienie koncentracji i uwagi,
 - niska samoocena i mała wiara w siebie,
 - poczucie winy i małej wartości,
 - pesymistyczne widzenie przyszłości,
 - myśli i czyny samobójcze lub autoagresywne,
 - wzmożona drażliwość,
 - wybuchy złości,
 - pozostałe zaburzenia:
 - skargi na dolegliwości somatyczne,
 - zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności,
 - zaburzenia snu,
 - zmniejszony apetyt,
 - lęk przed przyszłością.

Weryfikacja kryteriów z pkt. 2 – 4 odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnego z treścią zawartą w załączniku A do programu.

Kwalifikacja oraz udział w konsultacjach specjalistycznych i sesjach terapeutycznych muszą być traktowane z należytą ostrożnością i poufnością, w związku z czym zalecane jest przeprowadzanie świadczeń w ramach programu poza placówkami oświatowymi. Powyższe ma na celu zmniejszenie ryzyka oraz uniknięcie spotkania się ze stygmatyzowaniem czy odrzuceniem przez grupę rówieśników. Uczestnicy programu powinni czuć się swobodnie i bezpiecznie, aby móc w pełni zaangażować się w terapię i odnieść płynące z niej korzyści.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – dzieci i młodzież:

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

Niespełnienie, co najmniej jednego z kryteriów włączenia do programu lub przedłożenie realizatorowi przez uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału w programie, zgodnej z treścią załącznika B do programu. Odstąpienie od udziału w programie możliwe jest na każdym jego etapie.

Wcześniej stwierdzona depresja u osoby aplikującej do programu nie stanowi kryterium wyłączenia z programu pod warunkiem, że osoba ta nie rozpoczęła jeszcze terapii.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie – kadra pedagogiczna:

Do udziału w szkoleniu kwalifikuje się kadra pedagogiczna zatrudniona w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych z obszaru województwa mazowieckiego.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – kadra pedagogiczna:

Niespełnienie kryterium włączenia do programu.

3.3 Planowane interwencje

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- 1) badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji,
- 2) konsultacja ze specjalistą,
- 3) sesje terapeutyczne,
- 4) podsumowanie terapii,
- 5) edukacja zdrowotna,
- 6) działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej.

Kwalifikacje personelu wymaganego do przeprowadzenia poszczególnych interwencji wskazano w rozdziale 4.2.

Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji

Badanie przesiewowe przeprowadzane będzie uczestnikom, u których nie została wcześniej stwierdzona depresja. Uczestnik dysponujący dokumentacją potwierdzającą stwierdzoną depresję kwalifikowany jest do konsultacji ze specjalistą.

Badanie przesiewowe będzie realizowane przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prawidłowego jego wykonania. Przed przeprowadzeniem badania przesiewowego specjalista jest zobowiązany do przeprowadzenia rozmowy poprzedzającej, mającej na celu przygotowanie uczestnika do badania. Badanie przesiewowe będzie przeprowadzone z użyciem kwestionariusza CDI 2 – Children Depression Inventory 2 – kwestionariusza samooceny umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych.

Specjalista prowadzący badanie przesiewowe jest zobowiązany do analizy odpowiedzi udzielonych przez uczestników programu. Każdy uczestnik programu, który:

- uzyskał pozytywny wynik w badaniu przesiewowym lub

- uzyskał negatywny wynik w badaniu przesiewowym oraz podczas kwalifikacji do programu na podstawie subiektywnej oceny osoby aplikującej, stwierdzono co najmniej jeden z symptomów zaburzeń emocjonalnych, weźmie udział w indywidualnej konsultacji ze specjalistą.

Realizator jest zobowiązany do posiadania dostępu do wyżej wymienionego testu. Koszty zakupu testu pokrywane będą przez realizatora w ramach kosztu przeprowadzenia badania przesiewowego lub kosztów pośrednich.

Konsultacja ze specjalistą

Uczestnicy programu:

- którzy uzyskali pozytywny wynik w badaniu przesiewowym lub
- u których została wcześniej stwierdzona depresja a nie rozpoczęli jeszcze terapii lub
- którzy uzyskali negatywny wynik w badaniu przesiewowym oraz podczas kwalifikacji do programu na podstawie subiektywnej oceny osoby aplikującej, stwierdzono co najmniej jeden z symptomów zaburzeń emocjonalnych

są kierowani na konsultację do specjalisty. Osoby poniżej 18 roku życia odbywają wizytę w obecności rodzica/opiekuna prawnego. W uzasadnionych przypadkach, decyzją specjalisty, osoba poniżej 18 roku życia może odbyć konsultację na osobności. Konsultacja powinna trwać minimum 30 minut.

Uczestnik, u którego została wcześniej stwierdzona depresja, decyzją specjalisty, może zostać skierowany na badanie przesiewowe w kierunku depresji w ramach programu. W przypadku pozytywnego wyniku badania przesiewowego uczestnik kierowany jest na ponowną konsultację ze specjalistą.

Specjalista przeprowadza z uczestnikiem programu pogłębiony wywiad, podczas którego stawia diagnozę lub zaleca dalsze badanie z zastosowaniem wystandaryzowanych klinicznych narzędzi oceny stanu psychicznego. W przypadku zaleceń, co do dalszego badania, specjalista jest zobowiązany do wskazania uczestnikom programu podmiotów/jednostek, gdzie mogą uzyskać pomoc w zakresie leczenia depresji, ze szczególnym nastawieniem na jednostki udzielające świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

W leczeniu zaburzeń depresyjnych wykorzystywane będą różne metody psychoterapeutyczne w zależności od potrzeb pacjenta. W ramach psychoterapii w leczeniu depresji mogą być wykorzystywane: terapia indywidualna CBT, psychoterapia indywidualna (IPT-A), terapia rodzinna oparta na więzi (ABFT), krótkie interwencje psychospołeczne, psychoterapia psychodynamiczna, psychoterapia psychoanalityczna, psychoterapia systemowa, terapia humanistyczno-doświadczeniowa, psychoterapia integracyjna.

Rodzaj postępowania terapeutycznego, jego częstość i czas trwania będzie rekomendowany w zależności od nasilenia i rodzaju zaburzenia depresyjnego.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

Terapia powinna być zaplanowana i dostosowana do potrzeb konkretnego uczestnika programu uwzględniając rozpoznane zaburzenie depresyjne i jego nasilenie z uwzględnieniem kompetencji personelu danego realizatora programu.

Farmakoterapia nie jest finansowana w ramach programu.

Sesje terapeutyczne

Dla każdego uczestnika przewiduje się przeprowadzenie maksymalnie 25 sesji terapeutycznych zgodnie z wytycznymi specjalisty. W sytuacji, gdy specjalista zalecił mniejszą liczbę spotkań, a liczba ta nie będzie wystarczająca, osoba przeprowadzająca sesje terapeutyczne może zwiększyć liczbę spotkań zachowując ich maksymalny limit (tj. 25 spotkań). Jedna sesja terapeutyczna powinna trwać minimum 45 minut. Zaleca się, aby sesje odbywały się raz w tygodniu.

W ramach Programu dopuszcza się możliwość przeprowadzenia następujących terapii: terapia indywidualna CBT, psychoterapia indywidualna (IPT-A), terapia rodzinna oparta na więzi (ABFT), krótkie interwencje psychospołeczne, psychoterapia psychodynamiczna, psychoterapia psychoanalityczna, psychoterapia systemowa, terapia humanistyczno-doświadczeniowa, psychoterapia integracyjna.

W sesjach terapeutycznych uczestniczyć może rodzic/opiekun prawny uczestnika za zgodą terapeuty i uczestnika. Uczestnictwo rodzica/opiekuna prawnego podczas sesji odbywać się będzie w ramach kosztów sesji terapeutycznej uczestnika.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Psychologicznego osobom prowadzącym sesje terapeutyczne zalecane jest poddanie się superwizji²².

Podsumowanie terapii

Podczas ostatniej sesji terapeutycznej przeprowadzone zostanie spotkanie podsumowujące, na którym specjalista dokona podsumowania cyklu terapii oraz udzieli wskazówek do dalszego leczenia lub dalszej pracy w domu. Spotkanie podsumowujące terapię przeprowadzone zostanie w ramach kosztu sesji terapeutycznej.

Edukacja zdrowotna

Uczestnik programu, u którego w wyniku badania przesiewowego nie została stwierdzona depresja może uczestniczyć w edukacji zdrowotnej z zakresu depresji. Udział w edukacji jest dobrowolny. Spotkania przeprowadzane będą indywidualnie (dopuszcza się możliwość udziału rodzica/opiekuna prawnego uczestnika w ramach kosztów edukacji uczestnika programu).

W ramach edukacji należy omówić kwestie charakterystycznych dla depresji objawów (w tym specyfikę obrazu klinicznego depresji u dzieci i młodzieży), profilaktyki związanej z miejscem nauczania oraz przeciwdziałania zaburzeniom w życiu prywatnym, tj. samoobserwacja stanu zdrowia, przestrzeganie właściwej higieny psychicznej, zapobieganie nadwadze i otyłości, dbałości

22 <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29> (dostęp: 23.12.2021 r.)

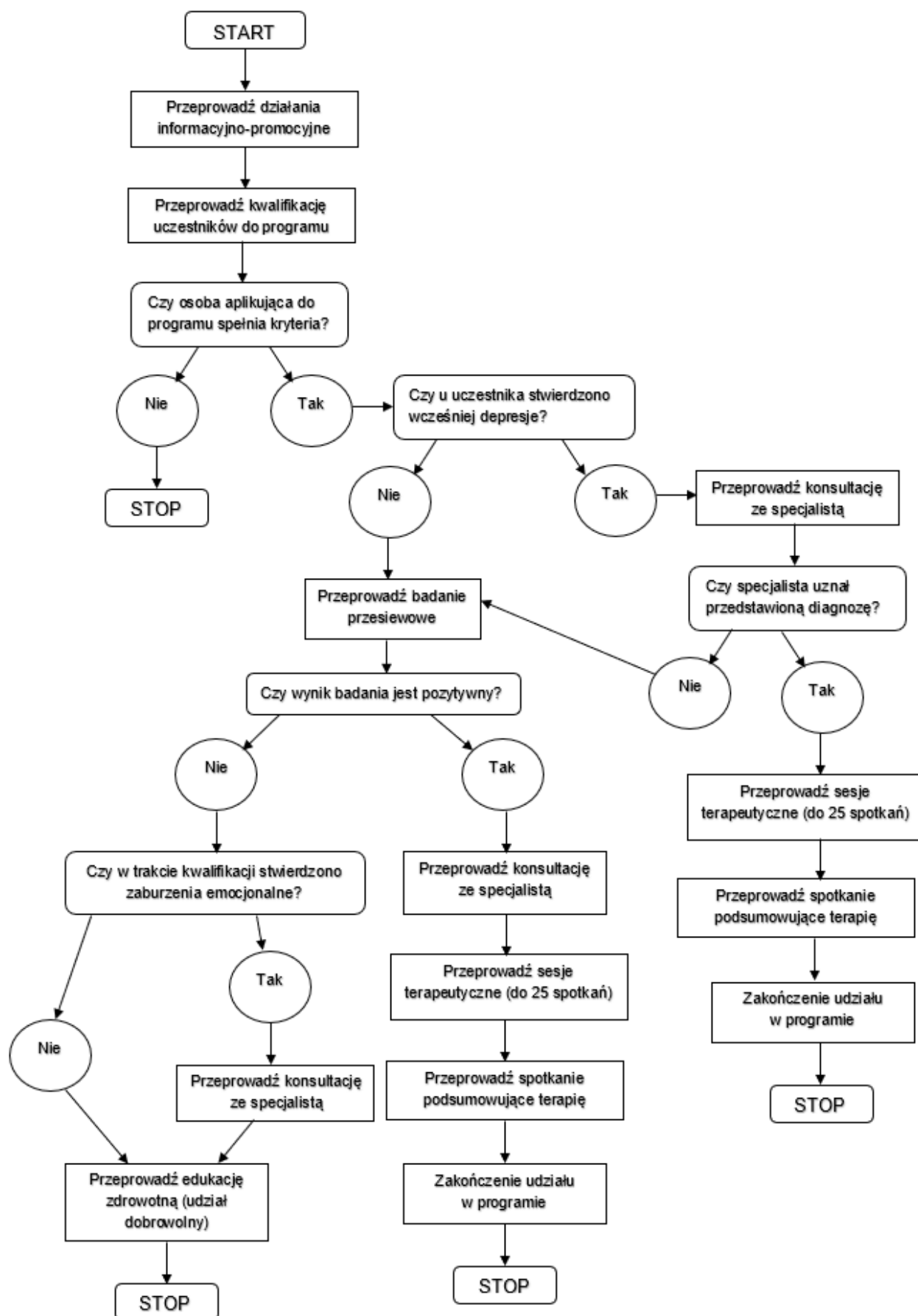
Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

o odpowiedni poziom aktywności fizycznej. Dzieci i młodzież w ramach programu powinny nabyć umiejętność reagowania w sytuacjach stresowych oraz poznać techniki redukcji stresu i napięcia nerwowego. Ponadto należy przedstawić informacje, gdzie można zwrócić się o pomoc w przypadku dostrzeżenia u siebie objawów depresji.

Dzieci i młodzież uczestniczące w edukacji będą poddane dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem edukacji, post-test – po przeprowadzeniu edukacji) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. Test wiedzy stanowi załącznik E do programu. Dla każdego uczestnika przewiduje się jedno spotkanie, które powinno trwać minimum 45 min.

Edukacja zdrowotna może być prowadzona stacjonarnie lub przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych. Narzędzie teleinformatyczne musi umożliwiać interakcję pomiędzy prowadzącym a uczestnikiem, przeprowadzenie testów wiedzy oraz ankiety satysfakcji. Czas, miejsce i forma przeprowadzenia edukacji ustalana jest indywidualnie z uczestnikiem.

Rycina 1 Schemat postępowania podczas realizacji programu – dzieci i młodzież



Działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej

Szkolenie skierowane będzie do kadry pedagogicznej szkół podstawowych i ponadpodstawowych z obszaru województwa mazowieckiego. Uczestnikom szkoleń przekazywane będą informacje dotyczące specyfiki zaburzeń depresyjnych (charakterystyka i objawy, w tym specyfika obrazu klinicznego depresji u dzieci i młodzieży), zaburzeń lękowych, stresu w szkole zarówno podczas nauczania stacjonarnego jak i zdalnego występującego wśród dzieci i młodzieży, profilaktyki zaburzeń depresyjnych z uwzględnieniem danych epidemiologicznych, specyfiki wykrywania zaburzeń depresyjnych, skuteczności odpowiednio wcześniej podjętego leczenia depresji, czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych, nabycia umiejętności reagowania w sytuacjach stresowych oraz poznania technik redukcji stresu i napięcia nerwowego. W ramach edukacji omówiona także zostanie kwestia reagowania i możliwości pomocy uczniom, u których zaobserwowane zostaną niepokojące zachowania.

Uczestnicy szkolenia będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy kadry pedagogicznej. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. Test wiedzy przedstawiony zostanie przez realizatora na etapie konkursu.

Szkolenie może być prowadzone indywidualnie lub w grupach maksymalnie 15 osobowych. Każdy uczestnik programu powinien odbyć co najmniej 60 minut edukacji w ramach jednego spotkania. Szkolenie może być prowadzone stacjonarnie lub przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych. Narzędzie teleinformatyczne musi umożliwiać interakcję pomiędzy prowadzącym a uczestnikami szkolenia, przeprowadzenie testów wiedzy oraz ankiety satysfakcji. O czasie, miejscu i formie przeprowadzenia działań szkoleniowych decyduje realizator.

3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez realizatora przez co najmniej 3 dni w tygodniu, przez 5 godzin dziennie, w tym co najmniej 1 raz w tygodniu do godziny 20.00.

Realizator programu musi zapewnić równocześnie możliwość rejestracji telefonicznej lub elektronicznej.

Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym w rozdziale 3.3.

3.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

- 1) zostaną mu udzielone wszystkie interwencje przewidziane w programie;
- 2) bez wcześniejszego zgłoszenia realizatorowi, nie będzie uczestniczył w zaplanowanej interwencji (w przypadku sesji terapeutycznych po nieobecności na minimum 2 sesjach z rzędu bez wcześniejszej informacji o nieobecności);

3) zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w rozdziale 3.2.

Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może wziąć w nim ponownie udziału.

Uczestnicy programu będą mogli skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego lub prywatnego w przypadku potrzeby/chęci skorzystania z dalszej terapii. Realizator jest zobowiązany do wskazania uczestnikowi programu, podmiotów/jednostek, gdzie może on otrzymać pomoc w zakresie zaburzeń depresyjnych ze szczególnym nastawieniem na jednostki udzielające świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Działania prowadzone w ramach trwania programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentów. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującymi prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

4.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

- 1) wybór realizatorów programu w drodze otwartego konkursu ofert;
- 2) działania informacyjno-promocyjne;
- 3) kwalifikacja uczestników do programu;
- 4) przeprowadzenie interwencji wskazanych w programie;
- 5) rozliczenie finansowe programu;
- 6) monitorowanie realizacji programu oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

Ad 1. Realizatorzy programu będą wybrani w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie www.mazovia.pl w zakładce „Otwarte konkursy ofert” oraz w siedzibie Organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa.

Realizatorami programu będą podmioty wybrane w drodze konkursu ofert i wykonujące działalność leczniczą lub oferenci, których partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – w przypadku partnerstwa podmiot wykonujący działalność leczniczą musi realizować świadczenia zdrowotne.

Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie podjęta w formie odrębnej uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego.

Ad 2. Województwo Mazowieckie oraz realizatorzy programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Informacja o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie przekazana zostanie również do kuratorium oświaty oraz jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa mazowieckiego prowadzących szkoły podstawowe i ponadpodstawowe. Dopuszczone są inne formy przekazywania

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt). Materiały informacyjno-promocyjne wymagają wcześniejszej akceptacji Województwa Mazowieckiego oraz muszą zawierać logo i/lub herb Województwa Mazowieckiego – szczegóły w tym zakresie regulować będzie umowa na realizację programu.

Ad 3. Realizatorzy programu będą prowadzili kwalifikacje uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej. Po zakwalifikowaniu uczestników realizator będzie przeprowadzał interwencje wskazane w programie.

Ad 4. Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji:

- 1) badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji,
- 2) konsultacja ze specjalistą,
- 3) sesje terapeutyczne,
- 4) podsumowanie terapii,
- 5) edukacja zdrowotna,
- 6) działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej.

Szczegółowy opis przeprowadzenia powyższych interwencji przedstawiono w rozdziale 3.3. Planowane interwencje.

Ad 5. Z realizatorami programu, wybranymi w drodze konkursu ofert, zostaną podpisane umowy, w których określone zostaną obowiązki realizatora w tym m.in warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane interwencje.

Ad 6. W trakcie realizacji programu prowadzony będzie monitoring obejmujący ocenę zgłaszalności do programu, oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie, oceny efektywności programu, a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu przedstawia Tabela 2. Przyjęty harmonogram ma charakter orientacyjny, a daty wskazane w nim mogą ulec zmianie.

Tabela 2 Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu (źródło: opracowanie własne)

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Decyzja o rozpoczęciu prac nad projektem PPZ	ZWM	13 września 2021 r.	13 września 2021 r.
2.	Opracowanie projektu PPZ	ZD	14 września 2021 r.	5 listopada 2021 r.
3.	Wycena świadczeń	ZD	30 listopada 2021 r.	8 grudnia 2021 r.
4.	Konsultacje projektu PPZ z JST oraz wprowadzenie ew. uwag	ZD	27 grudnia 2021 r.	11 lutego 2022 r.
5.	Zaakceptowanie projektu PPZ	ZWM	15 lutego 2022 r.	15 lutego 2022 r.
6.	Opiniowanie projektu PPZ (2 miesiące)	AOTMiT	16 lutego 2022 r.	16 kwietnia 2022 r.
7.	Aktualizowanie projektu PPZ	ZD	19 kwietnia 2022 r.	4 maja 2022 r.
8.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	ZD	5 maja 2022 r.	16 maja 2022 r.
9.	Uchwała o wdrożeniu PPZ	ZWM	17 maja 2022 r.	17 maja 2022 r.
10.	Ogłoszenie konkursu na wybór realizatorów PPZ	ZD	24 maja 2022 r.	13 czerwca 2022 r.
11.	Składanie ofert konkursowych	Oferenci	26 maja 2022 r.	13 czerwca 2022 r.
12.	Ocena formalna i merytoryczna ofert	ZD	14 czerwca 2022 r.	24 sierpnia 2022 r.

13.	Ogłoszenie wyników konkursu	ZWM	17 sierpnia 2022 r.	17 sierpnia 2022 r.
14.	Podpisywanie umów z realizatorami	ZD, realizatorzy	22 sierpnia 2022 r.	31 sierpnia 2022 r.
15.	Realizacja PPZ	realizatorzy	1 września 2022 r.	30 listopada 2024 r.
16.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2022 r.	realizatorzy	1 stycznia 2023 r.	31 stycznia 2023 r.
17.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2023 r.	realizatorzy	1 stycznia 2024 r.	31 stycznia 2024 r.
18.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2024 r.	realizatorzy	1 stycznia 2025 r.	31 stycznia 2025 r.
20.	Opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ (2 miesiące)	ZD	31 stycznia 2025 r.	31 marca 2025 r.
22.	Zaakceptowanie raportu końcowego przez ZWM	ZWM	1 kwietnia 2025 r.	8 kwietnia 2025 r.
23.	Przekazanie raportu końcowego PPZ do AOTMiT oraz zamieszczanie jego treści na BIP Organizatora	ZD	9 kwietnia 2025 r.	23 kwietnia 2025 r.

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:

PPZ - program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024;

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

ZD - Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;

ZWM - Zarząd Województwa Mazowieckiego.

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

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Na etapie konkursu oferent będzie zobowiązany do przedstawienia nurtu w którym prowadzić będzie terapię wraz ze wskazaniem towarzystwa wydającego certyfikat personelowi przeprowadzającemu terapię lub ze wskazaniem podmiotu prowadzącego kształcenie personelu przeprowadzającego terapię. Realizator musi podczas realizacji programu posiadać do dyspozycji następujący personel:

Wymagania dotyczące personelu:

- 1) w zakresie przeprowadzenia badania przesiewowego w kierunku wykrycia depresji: co najmniej 1 magister psychologii lub psycholog kliniczny;
- 2) w zakresie konsultacji ze specjalistą: co najmniej 1 lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub specjalista psycholog kliniczny lub psycholog lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty lub specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży;
- 3) w zakresie przeprowadzenia sesji terapeutycznych i podsumowania terapii: co najmniej 1 psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (z późn. zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 4) w zakresie edukacji zdrowotnej: co najmniej 1 magister psychologii lub psycholog kliniczny lub

psycholog w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej lub specjalista psychologii klinicznej lub psychoterapeuta lub psychiatra lub psychiatra dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;

- 5) w zakresie działań szkoleniowych dla kadry pedagogicznej: co najmniej 1 magister psychologii lub psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej lub specjalista psychologii klinicznej lub psychoterapeuta lub psychiatra lub psychiatra dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Interwencji w ramach programu musi udzielać kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami wskazanymi w programie.

Wszystkie interwencje powinny być prowadzone z zachowaniem warunków sanitarnych i ustalonych dla procedur medycznych, wynikających z aktualnych norm i przepisów prawnych. Budynek, w którym mieści się gabinet lekarski powinien być dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Realizator musi posiadać odpowiednie instrumenty diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w ramach programu zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz z przyjętymi normami i rekomendacjami. Realizator jest zobowiązany do zapewnienia zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Dokumentacja medyczna wytworzona w trakcie realizacji programu powinna być prowadzona i przechowywana w placówce medycznej udzielającej świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w przepisach z zakresu dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych.

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:

- 1) Realizator musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
- 2) Realizator podczas udzielania świadczeń medycznych w ramach programu musi przestrzegać zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 3) Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
- 4) Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika A (w przypadku osób do 18 roku życia, druk świadomej zgody na udział w programie wypełniony będzie przez osobę aplikującą do programu oraz rodzica/opiekuna prawnego dziecka), przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto, uczestnik programu musi zostać poinformowany o źródłach finansowania programu.

- 5) O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
- 6) Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Województwem Mazowieckim a realizatorem.
- 7) Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może wziąć w nim ponownie udziału.
- 8) Realizator w trakcie realizacji programu zobowiązany jest do udzielania zaplanowanych interwencji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i rekomendacjami.
- 9) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
- 10) Realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej. Dokumentacja programowa zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji programu nie będące dokumentacją medyczną. Dokumentacja programowa powinna zawierać m.in. zgody uczestników na udział w programie, rezygnacje z dalszego uczestnictwa w programie, ankiety satysfakcji obydwu grup docelowych oraz testy wiedzy uczestników szkolenia i edukacji zdrowotnej.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1 Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

- 1) oceny zgłaszalności do programu,
- 2) oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,
- 3) oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu, każdy realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- 1) sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D do programu;
- 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu oraz kadry pedagogicznej – zgodnie z treścią wzorów ankiet stanowiących załączniki C1, C2 i C3 do programu.

Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Ad 1. Ocena zgłaszalności do programu

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Definicja osoby aplikującej do programu znajduje się w słowniczku na początku programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

- 1) imiona i nazwiska osób lub rodziców/opiekunów prawnych osób ubiegających się o udział w programie;
- 2) dane kontaktowe do osób lub rodziców/opiekunów prawnych osób ubiegających się o udział w programie.

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. Administratorem danych osobowych osób ubiegających się o udział w programie oraz uczestników programu jest podmiot realizujący program.

Realizator ma obowiązek prowadzenia rejestru osób aplikujących do programu także w przypadku przekroczenia liczby osób, którym można zapewnić udział w programie w ramach zaplanowanych środków finansowych. Informacja dotycząca liczby osób aplikujących do programu może stanowić podstawę do podjęcia przez Zarząd Województwa Mazowieckiego decyzji o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe. Ocena zgłaszalności do programu monitorowana będzie na podstawie danych przedstawionych przez realizatorów programu zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

Ad 2. Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu oraz uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej.

W przypadku uczestników programu, tj. dzieci i młodzieży – I grupy docelowej, jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiety satysfakcji zgodnej z treścią załącznika C1 lub C2 do programu. Każdy uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po:

- 1) udzieleniu uczestnikowi wszystkich interwencji, w których uczestniczył lub
- 2) rezygnacji z dalszego udziału w programie.

W przypadku kadry pedagogicznej, tj. – II grupy docelowej, jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiety satysfakcji zgodnej z treścią załącznika C3 do programu. Każdy uczestnik szkolenia zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po zakończeniu szkolenia.

Ankiety mogą być prowadzona w formie papierowej lub w formie elektronicznej.

Analizy wyników ankiet satysfakcji muszą zawierać:

- 1) liczbę osób biorących udział w badaniu satysfakcji;

- 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji;
- 3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
- 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Realizator musi przedstawić odrębne analizy dla poszczególnych załączników.

Sugeruje się, aby analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zawierała wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych.

Analizy wyników ankiet może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne.

Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu. Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

Ad 3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu - zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

5.2 Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w rozdziale 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Realizator jest zobowiązany do przedłożenia po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, sprawozdania końcowego ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu. Sprawozdanie końcowe musi obejmować cały okres trwania programu oraz musi zawierać te same elementy, co sprawozdania roczne. Sprawozdanie końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które realizator uzna za niezbędne. W przypadku wprowadzenia modyfikacji w sprawozdaniu rocznym, sprawozdanie końcowe musi również zostać zmodyfikowane. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Analiza sprawozdań pozwoli uzyskać dane na temat zgłaszalności do programu, a co za tym idzie zapotrzebowania na świadczenia w zakresie diagnozowania i leczenia depresji wśród mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku 12-21 lat.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy przygotują pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Raport końcowy

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

zostanie opracowany na podstawie m.in. sprawozdań końcowych oraz innych danych otrzymanych od realizatorów programu.

Na podstawie, między innymi raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1 Koszty jednostkowe

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku na początku programu. Na potrzeby oszacowania kosztu wsparcia uczestnika programu, ustalono sztywną wartość kosztów pośrednich, wynoszącą 10% wartości kosztów bezpośrednich. W ramach kosztów pośrednich uwzględniono koszty przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej oraz monitoringu i ewaluacji programu.

W związku z opracowywaniem projektu programu Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie przesłał zapytanie z prośbą o wycenę głównych świadczeń do 52 podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie województwa mazowieckiego.

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego w programie są średnią arytmetyczną tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy.

Tabela 3 Średnia wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z I grupy docelowej z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego (źródło: opracowanie własne)²³

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy (bezpośredni) elementu	Koszt pośredni elementu (10% kosztu bezpośredniego)	Ilość	Razem
Kwalifikacja uczestnika do programu	138,00 zł	13,80 zł	1	151,80 zł
Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji	223,33 zł	22,33 zł	1	245,66 zł
Konsultacja ze specjalistą	297,33 zł	29,73 zł	1	327,06 zł
Sesje terapeutyczne	197,67 zł	19,77 zł	25	5 436,00 zł

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika z I grupy docelowej z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego wynosi 6 160,52 zł.

W przypadku innej niż szacowana liczby sesji terapeutycznych na jednego uczestnika środki można przeznaczyć zgodnie z realnym zapotrzebowaniem z zastrzeżeniem limitów wskazanych w rozdziale 3.3. Planowane interwencje.

²³ Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 15 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika (średnia wycen z 13 podmiotów).

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

Tabela 4 Wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z I grupy docelowej z negatywnym wynikiem badania przesiewowego (źródło: opracowanie własne)²⁴

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy (bezpośredni) elementu	Koszt pośredni elementu (10% kosztu bezpośredniego)	Ilość	Razem
Kwalifikacja uczestnika do programu	138,00 zł	13,80 zł	1	151,80 zł
Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji	223,33 zł	22,33 zł	1	245,66 zł
Konsultacja ze specjalistą	297,33 zł	29,73 zł	1	327,06 zł
Edukacja zdrowotna wraz z pre-testem i post-testem	172,19 zł	17,22 zł	1	189,41 zł

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika z I grupy docelowej z negatywnym wynikiem badania przesiewowego wynosi 913,93 zł.

Tabela 5 Wartość świadczeń przypadających na 1 osobę z II grupy docelowej (źródło: opracowanie własne)²⁵

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy (bezpośredni) elementu	Koszt pośredni elementu (10% kosztu bezpośredniego)	Ilość	Razem
Działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej wraz z pre-testem i post-testem (koszt przypadający na 1 osobę)	148,19 zł	14,82 zł	1	163,01

Maksymalny koszt udziału w programie jednej osoby z II grupy docelowej wynosi 163,01 zł.

Koszty przedstawione w tabelach 3, 4 i 5 są kwotami maksymalnymi, jakie oferenci mogą przedstawić w swoich ofertach w ramach konkursu na wybór realizatora programu.

W kalkulacji założono, że:

- 1 136 uczestników z I grupy docelowej skorzysta z badania przesiewowego, konsultacji ze specjalistą, sesji terapeutycznych oraz spotkania podsumowującego terapię. Koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 6 160,52 zł;
- u 746 uczestników z I grupy docelowej przeprowadzone zostanie badanie przesiewowe w kierunku depresji, konsultacja ze specjalistą i edukacja zdrowotna. Koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 913,93 zł;
- 1 961 osób z II grupy docelowej skorzysta ze szkoleń. Koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 163,01 zł.

²⁴ Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 16 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika (średnia wycen z 14 podmiotów).

²⁵ Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 16 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika (średnia wycen z 14 podmiotów).

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

W przypadku innej niż ww. szacunkowa liczba osób, które skorzystają ze świadczeń, środki można przeznaczyć zgodnie z realnym zapotrzebowaniem. Jednakże, suma kosztów nie może przekroczyć budżetu programu.

Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji interwencjami można objąć około 1 882 uczestników z I grupy docelowej, w tym:

- w 2022 r. 470 osób;
- w 2023 r. 706 osób;
- w 2024 r. 706 osób.

Dodatkowo, szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji szkoleniami dla kadry pedagogicznej można objąć około 1 961 osób z II grupy docelowej, w tym:

- w 2022 r. 493 osoby;
- w 2023 r. 734 osoby;
- w 2024 r. 734 osoby.

6.2 Koszty całkowite

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2022-2024. Planowany budżet programu został określony w wysokości 8 000 000 zł, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2022 r.: 2 000 000 zł;
- 2023 r.: 3 000 000 zł;
- 2024 r.: 3 000 000 zł.

6.3 Źródła finansowania

Program zostanie sfinansowany ze środków własnych Województwa Mazowieckiego.

W przypadku posiadania dodatkowych środków finansowanych w budżecie Województwa Mazowieckiego, budżet programu może zostać zwiększony.

Bibliografia

Publikacje:

1. Bomba, J. (2018). Depresyjność i depresja. W: Gmitrowicz A., Janas-Kozik, M. (red.) Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży (s. 117-122). Warszawa: Medical Tribune Polska.
2. „Depression and Other Common Mental Disorders”, Global Health Estimates; 2017
3. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska. 2012”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
4. Hans-Jürgen Möller, „Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych”, Psychiatria Polska 2018; 52(4): 611–628
5. Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, „Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej”, Warszawa, 2019
6. „Komunikat prasowy z okazji Światowego Dnia Zdrowia 2017, Depresja – porozmawiajmy”, World Health Organization, Regional Office for Europe, Warszawa, 2017
7. „NFZ o zdrowiu. Depresja”, Warszawa, 2020
8. Rabe – Jabłońska, J. (2011). Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska, I. (red.) Psychiatria dzieci i młodzieży. (s. 324-335). Warszawa: PZWL.
9. „Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji”, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018
10. Rybakowski, F. (2018). Zaburzenia depresyjne, choroba afektywna jednobiegunowa. W: Gmitrowicz A., Janas-Kozik, M. (red.) Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży (s. 123- 129). Warszawa: Medical Tribune Polska.
11. S. Kalinowska, K. Nitsch, P. Duda, B. Trześniowska-Dukała, J. Samochowiec, „Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia”, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2013
12. S. Pużyński, „Depresje i zaburzenia afektywne”, Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa 2002
13. „Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku”, Tom II, red. K. Kowalczyk, E. Krajewska-Kułak, M. Cybulski, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2016

Źródła internetowe:

1. <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29> (dostęp: 23.12.2021 r.)
2. <https://wyleczdepresje.pl/depresja-mlodziencza/#materialy> – „Poradnik edukatora” (dostęp: 13.09.2021 r.)
3. Mapy potrzeb zdrowotnych <http://mpz.mz.gov.pl/> (dostęp: 15 września 2021 r.)
4. Opinia Prezesa AOTMiT nr 35/2021 z dnia 23 czerwca 2021 r.
<https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst> (dostęp: 15 września 2021 r.)

Akty prawne:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022
4. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025
5. Uchwała nr 1631/381/18 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 15 października 2018 r. w sprawie Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018 – 2023 zmieniona uchwałą nr 1440/253/21 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 13 września 2021 r.
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
9. Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela.

Załącznik A. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania*

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” (dalej zwany „programem”) mieszkam/ww. dziecko mieszka* na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego²⁶.

Świadoma zgoda na udział w programie

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mój/mojego dziecka (podopiecznego)* w programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział mój/mojego* dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych**,
2. nie korzystam/wyżej wymienione dziecko nie korzysta* w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz nie biorę/nie bierze udziału i nie brałam(em)/ nie brało wcześniej udziału* w tym bądź innym analogicznym projekcie finansowanym ze środków publicznych.

Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
Data i podpis uczestnika

.....
Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego dziecka

Oryginał/kopia*

²⁶ Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób poniżej 18 roku życia

Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie

.....

Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka (podopiecznego)/swojego udziału* w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”.

Powodem rezygnacji jest**:

.....
.....
.....

.....

Data i podpis uczestnika lub rodzica/opiekuna prawnego dziecka

Oryginał/kopia*

* Niepotrzebne skreślić

** Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – dzieci i młodzież uczestnicząca w sesjach terapeutycznych

Ankieta ta ma na celu poznanie Twojej opinii, sugestii oraz uwag dotyczących udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o wypełnienie ankiety i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-4 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. Jak oceniasz postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?

1 2 3 4 5

2. Jak oceniasz specjalistę przeprowadzającego konsultację?

1 2 3 4 5

3. Jak oceniasz osobę prowadzącą sesje terapeutyczne?

1 2 3 4 5

4. W jakim stopniu odpowiadała Ci atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?

1 2 3 4 5

5. Czy udział w sesjach terapeutycznych był dla Ciebie pomocny?

- tak, moje objawy ustąpiły
- tak, zmniejszyło się nasilenie objawów
- nie zauważyłam/nie zauważyłem zmian
- nie, moje objawy nie ustąpiły ani nie zmniejszyło się ich nasilenie
- nie, zaobserwowałam/zaobserwowałem nasilenie się objawów

6. Odnosząc się do udziału w sesjach terapeutycznych (można wybrać kilka odpowiedzi):

- jestem zadowolona/zadowolony
- otrzymałam/otrzymałem wsparcie i zrozumienie
- wiem, że w każdej chwili mogę prosić o dalszą pomoc i gdzie mogę ją uzyskać
- jestem zadowolona/zadowolony, ale można wprowadzić zmiany (jakie?
.....)

- żadne z powyższych

7. Skąd dowiedziałas/łeś się o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- ze szkoły
- z Internetu
- od znajomych
- od rodziców, rodziny
- inne (jakie?)

8. Jakie zmiany, według Twojej opinii, powinny zostać wprowadzone do Programu?

.....

9. Inne uwagi

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – dzieci i młodzież uczestnicząca w edukacji zdrowotnej

Ankieta ta ma na celu poznanie Twojej opinii, sugestii oraz uwag dotyczących udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o wypełnienie ankiety i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-4 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. Jak oceniasz postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?

1 2 3 4 5

2. Jak oceniasz specjalistę przeprowadzającego konsultację?

1 2 3 4 5 nie dotyczy

3. Jak oceniasz osobę prowadzącą edukację zdrowotną?

1 2 3 4 5

4. W jakim stopniu odpowiadała Ci atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?

1 2 3 4 5

5. Odnosząc się do udziału w edukacji zdrowotnej (można wybrać kilka odpowiedzi):

- jestem zadowolona/zadowolony
- poznałam/poznałem charakterystyczne objawy depresji
- otrzymałam/otrzymałem informacje, które mogą być przydatne w przyszłości
- wiem, że w przypadku dostrzeżenia u siebie lub innej osoby objawów depresji mogę prosić o pomoc i wiem gdzie mogę ją uzyskać
- jestem zadowolona/zadowolony, ale można wprowadzić zmiany (jakie?
.....)
- trudno powiedzieć
- żadne z powyższych

6. Który z poruszonych tematów był w Twojej ocenie najbardziej interesujący, przydatny:

.....

7. Skąd dowiedziałaś/łeś się o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- ze szkoły
- z Internetu
- od znajomych
- od rodziców, rodziny
- inne (jakie?)

8. Jakie zmiany, według Twojej opinii, powinny zostać wprowadzone do Programu?

.....
.....

9. Inne uwagi

.....
Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiet

Załącznik C3. Wzór ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w szkoleniu.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-9 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. W jakim stopniu szkolenie spełniło Państwa oczekiwania?

1 2 3 4 5

2. Jak oceniają Państwo wiedzę i kompetencję osoby/osób prowadzącej/prowadzących szkolenie?

1 2 3 4 5

3. Jak oceniają Państwo przydatność przekazywanych treści?

1 2 3 4 5

4. Jak oceniają Państwo poziom merytoryczny szkolenia?

1 2 3 4 5

5. Jak oceniają Państwo stan swojej wiedzy po zakończeniu udziału w szkoleniu?

1 2 3 4 5

6. Jak oceniają Państwo formę szkolenia?

1 2 3 4 5

7. W jakim stopniu odpowiadała Państwu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w szkoleniu?

1 2 3 4 5

8. Jak oceniają Państwo organizację szkolenia?

1 2 3 4 5

9. Czy uważają Państwo, że szkolenia dla kadry pedagogicznej dotyczące depresji u dzieci i młodzieży powinny być kontynuowane w następnych latach?

1 2 3 4 5

10. Który z poruszonych tematów był w Pana/Pani ocenie najbardziej interesujący, przydatny:

.....

11. Inne uwagi

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*

Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe* z realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”

Dane realizatora: (nazwa, adres)

Nr umowy:

Sprawozdanie za okres:

Sprawozdanie z wykonania świadczeń w programie w okresie sprawozdawczym – I grupa docelowa

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do programu	
2.	Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie	
3.	Liczba uczestników, zakwalifikowanych do udziału w programie u których stwierdzono depresję poza programem	
4.	Liczba uczestników ze stwierdzoną depresją poza programem i skierowanych na badanie przesiewowe	
	Liczba uczestników ze stwierdzoną depresją poza programem uznaną przez specjalistę	
5.	Liczba uczestników u których przeprowadzono badanie przesiewowe w kierunku depresji	
6.	Liczba uczestników z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego przeprowadzonego w ramach programu	
7.	Liczba uczestników z negatywnym wynikiem badania przesiewowego oraz stwierdzonym co najmniej jednym z symptomów zaburzeń emocjonalnych	
	Liczba uczestników z negatywnym wynikiem badania przesiewowego oraz nie stwierdzonym co najmniej jednym z symptomów zaburzeń emocjonalnych	
8.	Liczba uczestników u których przeprowadzono konsultację ze specjalistą	
9.	Liczba uczestników, których skierowano na sesje terapeutyczne	
10.	Liczba zleconych sesji terapeutycznych	
11.	Liczba przeprowadzonych sesji terapeutycznych	
12.	Liczba przeprowadzonych spotkań podsumowujących terapię	
13.	Liczba uczestników, którzy zakończyli udział w programie	
14.	Liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej	
14.1.	Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w edukacji zdrowotnej	
14.2.	Liczba rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w edukacji zdrowotnej	
15.	Liczba uczestników edukacji zdrowotnej, u których odnotowano wzrost wiedzy	

Sprawozdanie z wykonania świadczeń w programie w okresie sprawozdawczym – II grupa docelowa

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do udziału w szkoleniu	
2.	Liczba uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej	
3	Liczba uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej, u których odnotowano wzrost wiedzy	
4	Liczba przeprowadzonych szkoleń (spotkań) dla kadry pedagogicznej	
4.1.	Liczba przeprowadzonych szkoleń (spotkań) dla kadry pedagogicznej w formie stacjonarnej	
4.2.	Liczba przeprowadzonych szkoleń (spotkań) dla kadry pedagogicznej przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych	

Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu (dotyczy sprawozdania końcowego)

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Iloraz liczby osób, u których w ramach programu zostało zidentyfikowane podejrzenie zaburzenia depresyjnego i liczby dzieci i młodzieży w wieku od 12 do 21 roku życia mieszkających w województwie mazowieckim	
2.	Iloraz liczby uczestników, u których przeprowadzono spotkanie podsumowujące terapię i liczby uczestników skierowanych na sesje terapeutyczne	
3.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej	
4.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób uczestniczących w szkoleniu z II grupy docelowej	

Uwagi:

Część opisowa, zawierająca m.in. informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących:

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – załącznik C1:

.....

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – załącznik C2:

.....

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej – załącznik C3:

.....

.....

Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik E. Test wiedzy dla dzieci i młodzieży

Imię i nazwisko:.....

Liczba punktów:/8

Pre-test / post-test*

Pytania jednokrotnego wyboru –

w każdym pytaniu tylko jedna odpowiedź jest poprawna

1. Do objawów depresji zalicza się:
 - a) rozdrażnienie i niepokój oraz obniżona samoocena
 - b) brak wrażliwości na odrzucenie
 - c) krótkotrwały smutek
 - d) niechęć do aktywności wymagających wysiłku
2. Depresję podejrzewa się u osoby, u której niepokojące objawy i zachowania utrzymują się co najmniej przez:
 - a) tydzień
 - b) dwa tygodnie
 - c) miesiąc
 - d) trzy miesiące
3. Depresję może spowodować:
 - a) odtrącenie przez rodzinę i rówieśników
 - b) śmierć bliskiej osoby
 - c) konflikt, rozwód rodziców
 - d) wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe
4. Pozytywny wpływ na ochronę zdrowia psychicznego (higienę psychiczną) ma:
 - a) odpowiednia jakość i długość snu
 - b) nieokazywanie emocji
 - c) nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych
 - d) rzadki kontakt z rówieśnikami
5. Ile godzin snu zaleca się osobom w Twoim wieku, aby bez problemów móc skupić się podczas zajęć w szkole:
 - a) 7-8 godzin
 - b) 7-9 godzin
 - c) 8-10 godzin
 - d) 9-11 godzin
6. W sytuacjach stresowych zaleca się:
 - a) stosowanie ćwiczeń oddechowych
 - b) objadanie się
 - c) wyładowanie złości, agresyjne zachowania
 - d) izolowanie się od najbliższych osób

7. Dla Ciebie i Twoich rówieśników zaleca się podejmowanie aktywności fizycznej trwającej:
 - a) minimum 30 minut dziennie
 - b) minimum 60 minut dziennie
 - c) 90-120 minut tygodniowo
 - d) nie ma zaleceń w tym zakresie
8. Jeśli dostrzeżesz u siebie lub innej osoby objawy depresji pomocy możesz szukać:
 - a) u rodziny, najbliższych osób
 - b) w poradni pedagogiczno-psychologicznej w szkole
 - c) kontaktując się z telefonem zaufania
 - d) wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe

Klucz odpowiedzi do testu wiedzy dla dzieci i młodzieży

1. A
2. B
3. D
4. A
5. C
6. A
7. B
8. D