

Projekt

**UCHWAŁA NR ..VIII/213/24
RADY MIASTA KROSNA**

z dnia 29 listopada 2024 r.

**w sprawie uchwalenia Programu polityki zdrowotnej w zakresie
Profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19
lat na terenie miasta Krosna na lata 2027-2028**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2024 r. poz. 1465 z późn. zm.), w związku z art. 92 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U z 2024 r., poz. 107) oraz art. 7 ust.1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

uchwała się, co następuje:

§ 1. Uchwala się Program polityki zdrowotnej w zakresie Profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat na terenie miasta Krosna na lata 2027-2028, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Krosna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr VIII/213/24
Rady Miasta Krosna
z dnia 29 listopada 2024 r.

**Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat
na terenie miasta Krosna na lata 2027-2028**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.)

Krosno, 2024

Nazwa programu:

Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat na
terenie miasta Krosna na lata 2027-2028

Okres realizacji programu: 2027-2028

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr n. o zdrowiu Mateusz Grajek

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki
zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie.

Dane kontaktowe:

Urząd Miasta Krosna
ul. Lwowska 28a
38-400 Krosno
Tel: (13) 47 43 220
e-mail: monika.szymbara@um.krosno.pl

Data opracowania programu: wrzesień 2024

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	8
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	12
1. Cel główny:	12
2. Cele szczegółowe:	12
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	12
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
3. Planowane interwencje:	15
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	22
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ...	23
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	23
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:	23
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	24
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	25
1. Monitorowanie	25
2. Ewaluacja	26
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	26
1. Koszty jednostkowe	27
2. Planowane koszty całkowite:	27
3. Źródła finansowania	29
Bibliografia:	30
Załączniki	32

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. Potrzeby populacji w zakresie zdrowia psychicznego są ogromne, co wynika m.in. z faktu, że liczba zaburzeń psychicznych w ostatnich latach niepokojąco wzrasta, a prognozy WHO wskazują, że do 2030 roku będą one stanowić ok. 15% wszystkich chorób¹. Szacuje się, że w krajach europejskich problemy emocjonalne i psychospołeczne dotyczą ponad 46% populacji². Przeprowadzone w latach 2018-2019 w Polsce badanie epidemiologiczne pt.: „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań - EZOP II”³, pokazało, że co najmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu życia można było rozpoznać u 26,46% osób (co stanowi ponad 8,3 miliona dorosłych Polaków). Do najczęściej stwierdzonych nieprawidłowości należały zaburzenia nerwicowe, które kiedykolwiek w życiu dotyczyły ponad 16% badanych. Kolejną grupą najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń okazały się zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (11,6%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (7,3%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,2%). Zaburzenia nastroju, takie jak depresja, dystymia i mania, są rozpoznawane u ponad 4,6% respondentów.

¹ „Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004” [źródło internetowe: europa.eu.int].

² Eurobarometer survey, 2023 [https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032].

³ Dane EZOP II [ezop.edu.pl].

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 życiowej⁴. 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 określają bardziej długotrwały, szkodliwy i poważny stan, klinicznie rozpoznawany jako zespół depresyjny⁵.

Do najczęstszych objawów depresji należą⁶:

- obniżenie nastroju, najczęściej poczucie smutku bez wyraźnej przyczyny,
- cyklotymia, czyli przewlekłe zaburzenie nastroju tj. 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.

⁴ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, Wydanie 2008, World Health Organization 2009.

⁵ Hammen C. Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2022, s. 13

⁶ Murawiec S. Diagnosis and treatment of depression in primary care setting – practical aspects, Lekarz w POZ, 5, 2017, s. 338-343.

Trudnościami okresu adolescencji i zadaniami rozwojowymi tej fazy może towarzyszyć depresja młodzieńcza. Szczególne znaczenie ma konfrontacja swoich możliwości z oczekiwaniami samego dorastającego, jego rodziny 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 młodzieńczej⁷:

- 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.

Objawy depresji u nastolatków i młodych dorosłych nie różnią się znacząco w porównaniu do osób starszych, 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 życia⁸.

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

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/pediatrics/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy>

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

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

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 świata¹¹. 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 dekady¹². 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

¹⁰ Ibidem.

¹¹ WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int].

¹² World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary, World Health Organization 2022 [https://www.who.int/].

do osób dorosłych i wynosi 20%. Zachorowanie we wczesnym wieku niesie ze sobą ryzyko nawrotów w późniejszym okresie życia¹³.

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 inne¹⁴.

W roku 2023 w opiece psychiatrycznej leczono ponad 283 tys. pacjentów poniżej 18 r. ż., w tym 16,24 tys. z powodu zaburzeń nastroju. W województwie podkarpackim było to odpowiednio ponad 14,6 tys. oraz ponad 450 pacjentów małych (w tym ok. 80% dziewcząt). Wskaźnik leczonych pacjentów/100 tys. ludności (118,01) był o połowę niższy od wskaźnika ogólnopolskiego (236,54). Fakt ten może wskazywać na ograniczoną dostępność do świadczeń dla ww. pacjentów. Liczba dzieci i młodzieży, leczonych z powodu zaburzeń nastroju, wzrosła od 2018 roku prawie 2-krotnie (było to wówczas ok. 7,5 tys. osób). W roku 2023 zaburzenia nastroju dotyczyły głównie małych (ponad 97%). Najczęstszym rozpoznaniem w tej grupie był epizod depresyjny (ok. 69% pacjentów)¹⁵.

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. 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

¹³ Gałecki P, Szulc A., Psychiatria, Urban & Partner, Warszawa 2018.

¹⁴ Biechowska D., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, W: Wojtyński B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020, s. 517-534.

¹⁵ BASiW, Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [<https://basiw.mz.gov.pl/>].

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 korzystający z usług w warunkach stacjonarnych mają dostęp do wszystkich ww. świadczeń, a także dodatkowo do wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych¹⁶.

O zdrowie psychiczne małych dzieci dbają także publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne, udzielające dzieciom i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a także udzielające rodzicom i nauczycielom pomocy związanej z wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży. Podmioty te wspierają także przedszkola, szkoły i placówki w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych. Poradnie specjalistyczne prowadzą działalność ukierunkowaną na specyficzny, jednorodny charakter problemów, z uwzględnieniem potrzeb lokalnej społeczności¹⁷.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Dane epidemiologiczne wskazują na znaczne rozpowszechnienie problemów zdrowia mentalnego wśród dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych, 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 rodzinę, środowisko szkolne lub zawodowe, bagatelizowania objawów lub, w przypadku nastolatków, kładzenia ich na karb okresu dojrzewania. Często też objawy depresji są 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.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.].

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych [Dz.U. z 2017 r., poz. 1647 ze zm.].

Zgodnie z wnioskami płynącymi z aktualnych Map Potrzeb Zdrowotnych obecny system ochrony zdrowia w zakresie opieki psychiatrycznej nie odpowiada rzeczywistym potrzebom pacjentów. 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 rzeczywistych¹⁸. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży i młodych dorosłych zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie miasta Krosna dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna, finansowanych ze środków publicznych. W przypadku świadczeń psychologicznych dla dzieci i młodzieży, zgodnie z danymi NFZ na rok 2024, podpisano jedynie dwie umowy na realizację usług zdrowotnych w omawianym rodzaju z podmiotami świadczącymi usługi na terenie miasta¹⁹.

¹⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69 ze zm.].

¹⁹ Dane NFZ, Informator o umowach [<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>].

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

1. Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²⁰: cel operacyjny 3: Promocja zdrowia psychicznego;
2. Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030²¹: cel główny: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb; cel szczegółowy: udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom;
3. Mapą potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026: rekomendacja 7.8. dla województwa podkarpackiego: Rozwijanie sieci poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży w powiatach, w których takie poradnie jeszcze nie funkcjonują, a także opieki dziennej i środowiskowej, zgodnie z założeniami reformy psychiatrii dzieci i młodzieży.
4. Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa podkarpackiego²²: Rozwijanie sieci poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży w powiatach, w których takie poradnie jeszcze nie funkcjonują, a także opieki dziennej i środowiskowej, zgodnie z założeniami reformy psychiatrii dzieci i młodzieży.
5. Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Krosna na lata 2024-2027²³.

²⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz. U. z 2021 r., poz. 642 ze zm.].

²¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [Dz. U. z 2023 r., poz. 2480].

²² Obwieszczenie Wojewody Podkarpackiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia pierwszego wojewódzkiego planu transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026.

²³ Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Krosna na lata 2024-2027 [bip.umkrosno.pl].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70%* nastolatków uczestniczących w programie.

2. Cele szczegółowe:

1) Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70%* rodziców nastolatków uczestniczących w programie.

2) Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70%* kadry szkolnej uczestniczącej w programie.

3) Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym u co najmniej 30%* uczestników programu biorących udział w sesjach terapeutycznych.

* Wartości mierników efektywności przyjęto na podstawie doświadczeń innych JST realizujących PPZ w obszarze profilaktyki depresji, a także na podstawie dialogu podjętego z potencjalnymi realizatorami Programu

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

Tab. I. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.
Szczegółowy 1	Odsetek rodziców, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75%

	poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.
Szczegółowy 2	Odsetek nauczycieli, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.
Szczegółowy 3	Odsetek nastolatków uczestniczących w sesjach terapeutycznych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi w teście) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

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 10-19 lat, uczęszczający do szkół podstawowych (klasy IV-VIII) oraz ponadpodstawowych (klasy I-V) w Krośnie, ich rodzice, a także kadra pedagogiczna z ww. szkół. Zgodnie z danymi Systemu Informacji Oświatowej populacja ww. uczniów w wieku 10-19 lat to ok. 8 900 osób. W przypadku rodziców szacuje się, że będzie to także ok. 8 900 osób (co najmniej jeden rodzic w przypadku każdego ucznia), natomiast w przypadku nauczycieli – ok. 1 100 osób. Działania informacyjne i edukacyjne, a także konsultacje telefoniczne/online skierowane będą do całości ww. populacji. Badania przesiewowe obejmą wszystkich ww. uczniów – ok. 8 900 osób, natomiast terapia zaburzeń nastroju, w związku z ograniczeniami budżetowymi, zostanie zapewniona dla max. 525 uczniów w całym okresie realizacji programu.

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

1. Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla nauczycieli

1) Kryteria włączenia do programu:

- pozostawanie nauczycielem klas IV-VIII szkoły podstawowej lub klas I-V szkoły ponadpodstawowej w szkole, dla której organem prowadzącym jest Gmina Miasto Krosno.

2) Kryteria wyłączenia z programu:

- ukończenie szkolenia dla kadry pedagogicznej, obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat.

2. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców dzieci/nastolatków:

1) Kryteria włączenia do programu:

- pozostawanie rodzicem dziecka w wieku 10-19 lat, uczęszczającego do publicznej szkoły, dla której organem prowadzącym jest Gmina Miasto Krosno.

2) Kryteria wyłączenia z programu:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych, obejmujących tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat.

3. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) dzieci i młodzieży:

1) Kryteria włączenia do programu:

- wiek 10-19 lat,
- pozostawanie uczniem klasy IV-VIII szkoły podstawowej lub klas I-V szkoły ponadpodstawowej, dla której organem prowadzącym jest Gmina Miasto Krosno.

2) Kryteria wyłączenia z programu: brak.

4. Konsultacje telefoniczne/online – poradnictwo psychologiczne:

1) Kryteria włączenia do programu:

- pozostawanie nauczycielem lub uczniem klas IV-VIII szkoły podstawowej lub klas I-V szkoły ponadpodstawowej, dla której organem prowadzącym jest Gmina Miasto Krosno lub rodzicem ww. ucznia.

2) Kryteria wyłączenia z programu: brak.

5. Badania przesiewowe:

1) Kryteria włączenia do programu:

- wiek 10-19 lat,
- pozostawanie uczniem szkoły podstawowej lub ponadpodstawowej, dla której organem prowadzącym jest Gmina Miasto Krosno,
- pisemna zgoda rodzica dziecka na udział w programie.

2) Kryteria wyłączenia z programu:

- zdiagnozowane uprzednio zaburzenia nastroju,
- pozostawanie pod opieką poradni psychologicznej lub poradni psychiatrycznej w zakresie działań zaplanowanych w programie,
- przeciwwskazania zdrowotne.

6. Terapia zaburzeń nastroju:

1) Kryteria włączenia do programu:

- wiek 10-19 lat,
- pozostawanie uczniem szkoły podstawowej lub ponadpodstawowej, dla której organem prowadzącym jest Gmina Miasto Krosno,
- pisemna zgoda rodzica dziecka na udział w programie,
- pozytywny wynik badania przesiewowego.

2) Kryteria wyłączenia z programu:

- zdiagnozowane uprzednio zaburzenia nastroju,
- pozostawanie pod opieką poradni psychologicznej lub poradni psychiatrycznej w zakresie działań zaplanowanych w programie,
- przeciwwskazania zdrowotne.

3. Planowane interwencje:

Akcja informacyjno-edukacyjna

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Realizatora w ramach współpracy z Urzędem Miasta Krosna oraz szkołami, organizacjami pozarządowymi, pracodawcami, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o programie dostępne będą w siedzibie Realizatora, w szkołach, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miasta Krosna (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych, a także poprzez przesłanie rodzicom nastolatków informacji poprzez dzienniki elektroniczne. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależy od wyboru narzędzi przez Realizatora w złożonej ofercie.

1) Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla nauczycieli:

- obejmujące 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,
- przeprowadzone przez psychologa lub psychoterapeutę,

- zrealizowane w formie online, w wymiarze co najmniej 3 godzin edukacyjnych (2 szkolenia w każdej z 28 szkół na terenie miasta tj. łącznie 56 szkoleń),
- realizowane dla grup ok. 20-osobowych,
- zrealizowane z założeniem nagrania spotkania, celem jego ponownego odtworzenia umożliwiającego utrwalenie informacji lub zapoznanie się z treściami edukacyjnymi przez nowych pracowników (już po realizacji programu),
- uwzględniające badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 15 pytań zamkniętych.

2) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców nastolatków

- realizowana poprzez wykłady z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych (tematyka wykładu 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),
- przeprowadzona przez psychologa lub psychoterapeutę,
- zrealizowana w formie 6 spotkań online, w wymiarze co najmniej 2 godzin edukacyjnych,
- zrealizowana z założeniem nagrania spotkania, celem jego ponownego odtworzenia umożliwiającego utrwalenie informacji lub zapoznanie się z treściami edukacyjnymi przez rodziców uczniów młodszych w kolejnych latach (już po realizacji programu),
- uwzględniająca badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych.

3) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków

- prowadzona przez wychowawców, pedagogów lub psychologów szkolnych na zajęciach z wychowawcą – 2 spotkania 45-minutowe w każdej spośród 321 klas szkół podstawowych (klasy IV-VIII) oraz ponadpodstawowych (klasy I-V),
- dotycząca czynników ryzyka depresji, metod radzenia sobie z zaburzeniami nastroju, konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu pogorszonego nastroju, czy innych trudności rozwojowych,

- pozwalająca na nabycie wiedzy na temat rozwijania 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,
- pozwalająca na przekazanie wiedzy o możliwości skorzystania w ramach programu z terapii zaburzeń depresyjnych prowadzonej przez specjalistów,
- uwzględniająca badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych.

4) Konsultacje telefoniczne/online – poradnictwo psychologiczne realizowane przez psychologa/psychoterapeutę w wymiarze 4 godzin tygodniowo w całym okresie realizacji Programu (23 miesiące):

- mające na celu udzielanie wsparcia psychologicznego nauczycielom, uczniom oraz rodzicom w zakresie problemów związanych z zaburzeniami nastroju;

5) Badania przesiewowe dzieci i młodzieży, realizowane przez psychologa/psychoterapeutę lub, w razie trudności z dostępem do tego rodzaju specjalistów, psychologa/pedagoga:

- 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,
- przeprowadzane z założeniem umożliwienia każdemu pacjentowi warunków odbycia wizyty z poszanowaniem prywatności i intymności,
- obejmujące kwalifikację do terapii zaburzeń nastroju uczestników programu, którzy uzyskali pozytywny wynik w badaniu przesiewowym.

6) Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań), obejmująca:

- wizyty co najmniej 45-minutowe raz w tygodniu przez kolejnych 10 tygodni,
- sesje terapeutyczne realizowane przez psychoterapeutę dzieci i młodzieży dla zakwalifikowanych uczestników,
- 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,

- wizytę początkową, na której wykonany zostanie wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności społecznej pacjenta) oraz pre-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym; wizyta ta obejmuje również zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie, ocenę funkcjonowania psychologicznego (na podstawie testu depresji, np. kwestionariusza CDI 2 – Children Depression Inventory, Inwentarza Depresji Becka), ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych; przed badaniem specjalista odbędzie rozmowę poprzedzającą, której celem będzie przygotowanie uczestnika do badania, następnie specjalista wykona 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 dziecka (uczestnicy w wieku 13 lat i więcej powinni wypełniać kwestionariusz przeznaczony do samodzielnego wypełnienia); na wizycie początkowej wymagana jest obecność rodzica, któremu należy udzielić pełnej informacji o celu procesu terapeutycznego planowanego dla dziecka oraz sposobach postępowania z dzieckiem w środowisku domowym/szkolnym, a także pełnej odpowiedzi na wszystkie zadawane pytania; dodatkowo rodzica należy poinformować o możliwościach wsparcia psychologicznego w regionie dla osób dorosłych, w razie występowania trudności z radzeniem sobie z problemami zdrowotnymi dziecka (zaleca się wskazanie podmiotów udzielających świadczeń w najbliższej okolicy, zarówno tych finansowanych ze środków publicznych, jak i prywatnych),
- wizytę końcową, na której specjalista dokona podsumowania cyklu terapii oraz udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu, a także przekaże pacjentowi post-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym; na wizycie końcowej wymagana jest obecność rodzica, któremu należy udzielić pełnej informacji o efektach procesu terapeutycznego przeprowadzonego u

dziecka oraz o sposobach dalszego postępowania z dzieckiem w środowisku domowym/szkolnym, a także pełnej odpowiedzi na wszystkie zadawane pytania,

- w sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań objętych programem, rodzice 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 terapeuty 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. 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 leczenia psychiatrycznego i psychoterapii (JA MH-WB 2016)²⁴.

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 13 lat rekomenduje się badanie przesiewowe w kierunku wykrycia dużej depresji (MDD – Major Depressive Disorder). Skryning powinien być zaimplementowany w sposób, który umożliwi postawienie diagnozy i wdrożenie efektywnego leczenia. Profesjonaliści medyczni w podstawowej opiece zdrowotnej, szkołach i innych jednostkach opieki zdrowotnej 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

²⁴ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.

stosowanych jest kilka narzędzi skryningowych do wykorzystania w podstawowej opiece zdrowotnej. Dwa najczęściej wykorzystywane z nich to kwestionariusz PHQ-A (Patient 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 to²⁵:

- 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 2006²⁶ dotyczącym psychologicznej terapii u dzieci w wieku 7-18 lat, wyłonionych w badaniach przesiewowych prowadzonych w szkołach wskazano, że efekt interwencji wyniósł

²⁵ 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.

²⁶ 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.

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 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 wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym oraz w siedzibie krośnieńskich szkół. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane uczestnikom terminy szkoleń dla nauczycieli, wykładów, zajęć edukacyjnych, konsultacji telefonicznych/online, 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 dziecka, realizowanych na terenie szkoły, do której uczęszcza dziecko. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu uczestnikom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego. Ponadto, ze względu na charakter choroby, informacje m.in. o kwalifikacji oraz udziale w konsultacjach specjalistycznych będą traktowane z należytą ostrożnością i poufnością, co 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.

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);
- kończy udział w programie.

Rodzic uczestnika lub uczestnik pełnoletni może w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału w programie. W przypadku takiej decyzji zostaje poinformowany o konsekwencji rezygnacji ze wskazanych działań profilaktycznych/terapeutycznych.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2024);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (IV kwartał 2024);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Krosna (IV kwartał 2024);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych, spełniających warunki określone w dalszej części projektu (III-IV kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (III-IV kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2027-2028);
 - prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej - zgodnie z punktem 3 (Planowane interwencje),
 - realizacja działań szkoleniowych z zakresu zaburzeń depresyjnych dla nauczycieli - zgodnie z punktem 3.1 (Planowane interwencje),
 - realizacja edukacji zdrowotnej (psychoedukacji) rodziców nastolatków - zgodnie z punktem 3.2 (Planowane interwencje),

- realizacja edukacji zdrowotnej (psychoedukacji) nastolatków - zgodnie z punktem 3.3 (Planowane interwencje),
- realizacja konsultacji telefonicznych/online - zgodnie z punktem 3.4 (Planowane interwencje),
- realizacja badań przesiewowych dzieci i młodzieży - zgodnie z punktem 3.5 (Planowane interwencje),
- realizacja terapii zaburzeń nastroju - zgodnie z punktem 3.6 (Planowane interwencje),
- prowadzenie bieżącego monitoringu oraz bieżącej oceny jakości usług realizowanych w ramach Programu;

7) ewaluacja (I kwartał 2029):

- analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań Realizatora,
- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiet satysfakcji oraz ewentualnych uwag uczestników,
- ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2029).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Krosna. W programie Realizatorem będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności w obszarze udzielania usług zdrowotnych i/lub psychologicznych/psychoterapeutycznych na terenie Miasta Krosna,
- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 236 z późn. zm.) – dotyczy wszystkich podmiotów,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2023 r. poz. 991 z późn. zm.] – dotyczy wyłącznie podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

- zapewnienie wykonywania interwencji edukacyjnych w programie przez osoby wykonujące następujące zawody: pedagog, psycholog, psychoterapeuta, posiadające wykształcenie wyższe kierunkowe,
- zapewnienie realizacji poradnictwa telefonicznego/online przez psychologa lub psychoterapeutę, posiadającego wykształcenie wyższe kierunkowe,
- zapewnienie przeprowadzania sesji terapeutycznych przez psychoterapeutę posiadającego dyplom ukończenia szkoły psychoterapii dzieci i młodzieży oraz doświadczenie w pracy z tą grupą docelową (min. 3-letnie),
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załączniki 3-5). Ponadto Realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). 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. 2024 poz. 581 ze zm.], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465 ze zm.], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań Realizatora w kwartalnych i rocznych okresach oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza liczby osób, które wzięły udział w szkoleniu dla nauczycieli,
- analiza liczby rodziców nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji,
- analiza liczby nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji,
- analiza liczby osób, które skorzystały z poradnictwa telefonicznego/online,
- analiza liczby osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych,

- analiza liczby osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załączniki 3-4),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu (coroczna i końcowa) prowadzona poprzez:

- analizę liczby i odsetka nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- analizę liczby i odsetka rodziców, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- analizę liczby i odsetka nauczycieli, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- analizę liczby i odsetka nastolatków, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach sesji terapeutycznych (w obszarze radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym),
- 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:

W tabeli II przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji w programie. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty lecznicze, które przystąpią do konkursu na wybór Realizatora programu polityki zdrowotnej.

1. Koszty jednostkowe

Tab. II. Koszty jednostkowe interwencji w programie

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla nauczycieli (1 szkolenie)	600,00
2. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców dzieci (1 szkolenie online)	3 000,00
3. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków (1 spotkanie)	150,00
4. Konsultacje telefoniczne/online (1 godzina)	120,00
5. Badanie przesiewowe (1 uczeń)	20,00
6. Terapia zaburzeń nastroju (1 spotkanie)	200,00
7. Dyżur/rejestracja celem umawiania uczniów na indywidualne konsultacje z psychologiem (1 godzina)	50,00

Działania edukacyjne i badania przesiewowe w programie obejmą całą populację dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat (ok. 8 900 osób). Terapia zaburzeń nastroju będzie świadczeniem realizowanym w odniesieniu do nastolatków z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego (standaryzowanego kwestionariusza umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych). Jak wskazano w części dotyczącej epidemiologii zaburzenia nastroju dotyczyć mogą nawet do 20% młodzieży, natomiast z uwagi na ograniczone możliwości finansowe sesje terapeutyczne zaplanowano dla maksymalnie 525 osób.

2. Planowane koszty całkowite:

Tab. III. Planowane koszty całkowite w latach 2027-2028

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla nauczycieli (28 szkół x 2 spotkania)	56	spotkanie online	600,00	33 600,00
2. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców dzieci/nastolatków (6 szkoleń online)	6	spotkanie online	3 000,00	18 000,00
3. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków (321 klas x 1 spotkanie)	321	spotkanie	150,00	48 150,00
4. Konsultacje telefoniczne/online (4 godziny tygodniowo x 4 tygodnie x 23 miesiące)	368	godzina	120,00	44 160,00
5. Badania przesiewowe	8 900	działanie	20,00	178 000,00

6. Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań; 200zł/spotkanie)	525	osoba	2 000,00	1 050 000,00
7. Dyżur/rejestracja celem umawiania uczniów na indywidualne konsultacje z psychologiem (4 godziny dziennie tj. 20 godzin tygodniowo x 4 tygodnie x 21 miesięcy)*	1 680	godzina	50,00	84 000,00
8. Akcja informacyjno-edukacyjna	--	działanie	46 600,00	46 600,00
9. Monitoring i ewaluacja	--	działanie	3 000,00	3 000,00
Koszty Programu				1 505 510,00

* Program zaplanowano na 23 miesiące, jednak w pierwszych dwóch miesiącach będą realizowane wyłącznie działania edukacyjne i badania przesiewowe, zatem działanie rejestracji na indywidualne konsultacje z psychologiem nie będzie jeszcze wymagane

Tab. IV. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w roku 2027.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla nauczycieli (28 szkół x 1 spotkanie)	28	spotkanie online	600,00	16 800,00
2. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców dzieci/nastolatków (3 szkolenia online)	3	spotkanie online	3 000,00	9 000,00
3. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków (161 klas x 1 spotkanie)	161	spotkanie	150,00	24 150,00
4. Konsultacje telefoniczne/online (4 godziny tygodniowo x 4 tygodnie x 12 miesięcy)	192	godzina	120,00	23 040,00
5. Badania przesiewowe	4 450	działanie	20,00	89 000,00
6. Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań; 200zł/spotkanie)	260	osoba	2 000,00	520 000,00
7. Dyżur/rejestracja celem umawiania uczniów na indywidualne konsultacje z psychologiem (4 godziny dziennie tj. 20 godzin tygodniowo x 4 tygodnie x 10 miesięcy)	800	godzina	50,00	40 000,00
8. Akcja informacyjno-edukacyjna	--	działanie	23 300,00	23 300,00
9. Monitoring i ewaluacja	--	działanie	1 500,00	1 500,00
Koszty Programu				746 790,00

Tab. V. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w roku 2028.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla nauczycieli (28 szkół x 1 spotkanie)	28	spotkanie online	600,00	16 800,00
2. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców dzieci/nastolatków (3 szkolenia online)	3	spotkanie online	3 000,00	9 000,00
3. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków (160 klas x 1 spotkanie)	160	spotkanie	150,00	24 000,00
4. Konsultacje telefoniczne/online (4 godziny tygodniowo x 4 tygodnie x 12 miesięcy)	176	godzina	120,00	21 120,00
5. Badania przesiewowe	4 450	działanie	20,00	89 000,00
6. Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań; 200zł/spotkanie)	265	osoba	2 000,00	530 000,00
7. Dyżur/rejestracja celem umawiania uczniów na indywidualne konsultacje z psychologiem (4 godziny dziennie tj. 20 godzin tygodniowo x 4 tygodnie x 11 miesięcy)	880	godzina	50,00	44 000,00
8. Akcja informacyjno-edukacyjna	--	działanie	23 300,00	23 300,00
9. Monitoring i ewaluacja	--	działanie	1 500,00	1 500,00
Koszty Programu				758 720,00

3. Źródła finansowania.

Program w założeniu finansowany przez Gminę Miasto Krosno ze środków zewnętrznych pozyskanych w ramach Polsko-Szwajcarskiego Programu Rozwoju Miast finansowanego z Drugiej Edycji Szwajcarskiej Pomocy Finansowej dla wybranych Państw Członkowskich Unii Europejskiej.

Bibliografia:

1. Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004” [źródło internetowe: europa.eu.int].
2. BASiW, Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [<https://basiw.mz.gov.pl/>].
3. 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.
4. Cuijpers P. et al. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis, Clin Psychol Rev, 2007, 27(3): 318-26.
5. Dane EZOP II [ezop.edu.pl].
6. Dane NFZ, Informator o umowach [<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>].
7. Eurobarometer survey, 2023 [<https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032>].
8. Gałęcki P, Szulc A., Psychiatria, Urban & Partner, Warszawa 2018.
9. Hammen C. Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2022, s. 13
10. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.
11. 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.
12. M. Miernik-Jaeschke, I. Namysłowska, Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, Medycyna Praktyczna [<https://www.mp.pl/pacjent/pediatrics/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy>].
13. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, Wydanie 2008, World Health Organization 2009.
14. Murawiec S. Diagnosis and treatment of depression in primary care setting – practical aspects, Lekarz w POZ, 5, 2017, s. 338-343.
15. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69 ze zm.].

16. Obwieszczenie Wojewody Podkarpackiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia pierwszego wojewódzkiego planu transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026
17. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Krosna na lata 2024-2027 [bip.umkrosno.pl].
18. 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.
19. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych [Dz.U. z 2017 r., poz. 1647 ze zm.].
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.].
21. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz. U. z 2021 r., poz. 642 ze zm.]
22. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [Dz. U. z 2023 r., poz. 2480].
23. WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int].
24. World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary, World Health Organization 2022 [<https://www.who.int/>].

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat na terenie miasta Krosna na lata 2027-2028” (wzór)

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Tel. Kontaktowy	

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

II. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

(data i podpis rodzica uczestnika programu)

III. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja)

Data	Informacja dla celów ewaluacji
	Wynik pre-testu: _____ Wynik post-testu: _____ Przyrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 70% poprawnych odpowiedzi): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

IV. Badanie przesiewowe

Data	Wynik testu
	<input type="checkbox"/> pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny

Niniejszym zaświadczam, że

- pacjenta zakwalifikowano do udziału w sesjach terapeutycznych z uwagi na pozytywny wynik badania przesiewowego
- pacjent kończy udział w programie z uwagi na negatywny wynik badania przesiewowego

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Sesje terapeutyczne

Daty sesji	Informacja dla celów ewaluacji
2. _____	Wynik pre-testu: _____ Wynik post-testu: _____ Przyrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie radzenia sobie z problemem zdrowotnym (min. 70% poprawnych odpowiedzi): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. _____	
4. _____	
5. _____	
6. _____	
7. _____	
8. _____	
9. _____	
10. _____	
11. _____	

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

Załącznik 2

**Sprawozdanie Realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn.
„Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat na terenie
miasta Krosna na lata 2027-2028” (wzór)**

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od ____ do ____)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	
Liczba osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych	
Liczba osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych	
Liczba nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji	
Liczba rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji (dane pozyskane ze szkół)	
Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniu dla nauczycieli	
Liczba osób, które skorzystały z poradnictwa telefonicznego/online	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Skrócony opis wyników ankiet satysfakcji*	
Ewaluacja	
Liczba i odsetek nastolatków, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach psychoedukacji	
Liczba i odsetek rodziców nastolatków, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach psychoedukacji	
Liczba i odsetek nauczycieli, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach szkolenia	
Liczba i odsetek nastolatków, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach sesji terapeutycznych (w obszarze radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym)	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

_____, dnia _____

(miejscowość)

(data)

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)
sprawozdawcy)

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji rodzica pacjenta - uczestnika programu pn. „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat na terenie miasta Krosna na lata 2027-2028” (wzór)

I. Ocena zajęć z zakresu psychoedukacji

Jak Pan/i ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość prowadzącego?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu umiejętności?					
ilość czasu poświęconego na zajęcia?					
wiedzę prowadzącego i jego przygotowanie merytoryczne?					
sposób przekazywania informacji przez prowadzącego?					

II. Ocena sesji psychoterapeutycznych (jeśli dotyczy)

Jak Pan/i ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychoterapeuty?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu umiejętności?					

III. Dodatkowe uwagi/opinie

Załącznik 4

**Ankieta satysfakcji uczestnika działań szkoleniowych dla nauczycieli w ramach programu
pn. „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat na terenie
miasta Krosna na lata 2027-2028” (wzór)**

1. Czy dzisiejsze szkolenie spełniło Pani/Pana oczekiwania?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie,
5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytych informacji pod względem podnoszenia
własnych kompetencji i umiejętności?
(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej
nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy
teoretycznej w zakresie omawianego na szkoleniu obszaru?
(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej
nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Czy nabyte na szkoleniu kompetencje wykorzysta Pani/Pan w życiu zawodowym?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie,
5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Czy ilość czasu poświęconego na szkolenie była wystarczająca?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie,
5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Jak ocenia Pan/Pani zakres prezentowanego materiału?
(1 – za wąski, 2 – odpowiedni, 3 – za szeroki)

1	2	3
---	---	---

7. Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie,
5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę prowadzących i ich przygotowanie merytoryczne?
(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Jak ocenia Pani/Pan sposób przekazywania informacji przez prowadzących szkolenie?
(1 - bardzo przystępny, 2 - przystępny, 3 - średnio przystępny, 4 - mało przystępny, 5 - nieprzystępny)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu zachęcał uczestników do aktywnego udziału w ćwiczeniach?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Jak ocenia Pani/Pan szkolenie od strony organizacyjnej?
(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Jak ocenia Pani/Pan ogólną atmosferę dzisiejszego szkolenia?
(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Czy poleciliby/poleciłby Pani/Pan takie szkolenie innym osobom?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Uzasadnienie

do projektu uchwały w sprawie uchwalenia Programu polityki zdrowotnej w zakresie Profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat na terenie miasta Krosna na lata 2027-2028

Opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców należy do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te wynikają z art. 7 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przedmiotowy program został opracowany na podstawie wyników anonimowej ankiety wśród rodziców uczniów krośnieńskich szkół i jest odpowiedzią na potrzeby w zakresie poprawy dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży. Projekt programu został również poddany konsultacjom z członkami Zespołu koordynującego opracowanie i realizację Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla mieszkańców Krosna na lata 2024-2027.

Program w założeniu ma być finansowany w 100 % ze środków zewnętrznych, w przypadku uzyskania przez Gminę Miasto Krosno dofinansowania w ramach Polsko-Szwajcarskiego Programu Rozwoju Miast finansowanego z Drugiej Edycji Szwajcarskiej Pomocy Finansowej dla wybranych Państw Członkowskich Unii Europejskiej.

Program uzyskał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 81/2024 z dnia 18 listopada 2024 r.

Środki finansowe na realizację w/w programu zostaną zabezpieczone na podstawie uchwały w sprawie wyrażenia zgody na zaciągnięcie zobowiązania podczas sesji Rady Miasta Krosna w dniu 29 listopada 2024 r.