

Załącznik nr 1
do Uchwały nr...../IX/2024 Rady Miasta
z dnia2024 roku

**Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-26 lat
na terenie Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025**

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

Józefów, 2024

Nazwa programu:

Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12 - 26 lat
na terenie Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025

Okres realizacji programu: 2024-2025

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

Kontynuacja/trwałość programu:

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

Dane kontaktowe:

Urząd Miasta Józefowa
ul. Kardynała Wyszyńskiego 1
05-420 Józefów
Tel.: (22) 779 00 00
Fax: (22) 779 00 15
e-mail: um@jozefow.pl

Data opracowania programu: marzec 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	23
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania..	24
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:.....	25
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	25
3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej	26
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	27
1. Monitorowanie.....	27
2. Ewaluacja.....	27
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	28
1. Koszty jednostkowe	28
2. Planowane koszty całkowite:	29
3. Źródła finansowania	30
Spis tabel:.....	31
Bibliografia:.....	32
Załączniki.....	34

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

1. Opis problemu zdrowotnego

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

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

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

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

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

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

Do najczęstszych objawów depresji należą⁵:

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

Trudnościami okresu adolescencji i zadaniami rozwojowymi tej fazy może towarzyszyć depresja młodzieńcza. Szczególne znaczenie ma konfrontacja swoich możliwości z oczekiwaniami samego dorastającego, jego 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 młodzieńczej⁶:

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

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

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

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

- 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 życia⁷.

Podstawową formą leczenia depresji jest psychoterapia. Do najskuteczniejszych jej form zalicza się⁸:

- 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

⁷ Miernik-Jaesche M. Namysłowska I. Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy> [dostęp 05.12.2023].

⁸ Miernik-Jaesche M. Namysłowska I. Zaburzenia depresyjne... op. cit.

zadowalających efektów. Warto jednak pamiętać, że stosowanie leków jest metodą uzupełniającą dla psychoterapii⁹.

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 świata¹⁰. 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 dekady¹¹. W grupie dzieci chorujących na depresję zapada 1% dzieci w wieku powyżej 2 r. ż., 2% w wieku 6-12 lat, natomiast wśród nastolatków rozpowszechnienie jest zbliżone do osób dorosłych i wynosi 20%. Zachorowanie we wczesnym wieku niesie ze sobą ryzyko nawrotów w późniejszym okresie życia¹².

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 inne¹³.

W roku 2022 w opiece psychiatrycznej leczono ponad 250 tys. pacjentów poniżej 18 r. ż., w tym 16,5 tys. z powodu zaburzeń nastroju. W województwie mazowieckim było to odpowiednio ponad 45,1 tys. oraz 2,66 tys. pacjentów małych (w tym ok. 78,6 % dziewcząt). Wskaźnik pacjentów / 100 tys. ludności (248,8) był bardzo zbliżony do wskaźnika ogólnopolskiego (237,4). Liczba dzieci

⁹ Ibidem.

¹⁰ WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int; dostęp: 06.12.2023].

¹¹ World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary, World Health Organization 2022 [https://www.who.int/; dostęp: 03.12.2023 r.].

¹² Gałecki P., Szulc A., Psychiatria, Urban & Partner, Warszawa 2018.

¹³ 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.

i młodzieży, leczonych z powodu zaburzeń nastroju, wzrosła od 2018 roku ponad 2,5-krotnie (było to wówczas ok. 1 tys. osób). W roku 2021 zaburzenia nastroju dotyczyły głównie małoletnich w wieku 12-17 lat (ok 97%). Najczęstszym rozpoznaniem w tej grupie był epizod depresyjny¹⁴.

W roku 2022 w opiece psychiatrycznej leczono także ponad 180 tys. pacjentów w wieku 18-29 lat, w tym 36,6 tys. z powodu zaburzeń nastroju. W województwie mazowieckim było to odpowiednio ponad 27,9 tys. oraz 4,88 tys. pacjentów (w tym ok. 70% kobiet). Wskaźnik pacjentów/100 tys. ludności (996,9) był niższy w porównaniu do wskaźnika ogólnopolskiego (1109,1). Liczba młodych dorosłych w wieku 18-29 lat, leczonych z powodu zaburzeń nastroju, wzrosła od 2018 roku o ok. 43% (było to wówczas ok. 3,41 tys. osób). Najczęstszym rozpoznaniem w tej grupie, podobnie jak w przypadku dzieci i młodzieży, był epizod depresyjny¹⁵.

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 i młodzieży. W ramach świadczeń realizowanych w warunkach dziennych pacjent ma dostęp do świadczeń terapeutycznych, niezbędnych badań diagnostycznych, programów terapeutycznych, leków oraz żywienia. 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

¹⁴ BASiW, Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [https://basiw.mz.gov.pl/; dostęp: 02.12.2023r.].

¹⁵ Ibidem.

wszystkich ww. świadczeń, a także dodatkowo do wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych¹⁶.

O zdrowie psychiczne małoletnich 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.

W województwie mazowieckim od roku 2022 realizowany jest Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2024. Celem głównym programu jest identyfikacja podejrzenia zaburzeń depresyjnych u minimum 0,2% dzieci i młodzieży w wieku od 12 do 21 roku życia mieszkających w województwie mazowieckim w latach 2022–2024. Program skierowany jest do dzieci i młodzieży w wieku od 12 do 21 roku życia oraz do kadry pedagogicznej korzystającej ze szkoleń. Program obejmuje następujące interwencje: badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji, konsultacje ze specjalistą, sesje terapeutyczne, podsumowanie terapii, edukację zdrowotną oraz działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej. Planowany do realizacji program „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-26 lat na terenie Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025” dotyczy problematyki depresji, podobnie jak program wojewódzki, natomiast obejmuje swym zakresem populację o szerszym przedziale wiekowym oraz dodatkowe interwencje (wykład online dla lokalnej społeczności, psychoedukacja rodziców nastolatków). Ponadto, należy podkreślić, że z uwagi na ograniczenia budżetowe program wojewódzki obejmuje swoim działaniem jedynie ok. 0,35% populacji docelowej dzieci i młodzieży w wieku 12-21 lat z terenu województwa mazowieckiego. Aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych ze środków publicznych

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.].

pozostających w dyspozycji województwa mazowieckiego, w projekcie wskazano stosowne kryteria wykluczenia¹⁸.

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.

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 rzeczywistych¹⁹. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży i młodych dorosłych zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie Miasta Gminy Józefów dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna, finansowanych ze środków publicznych. W przypadku świadczeń dla dzieci i młodzieży, zgodnie z danymi NFZ na rok 2024, podpisano jedynie jedną umowę na realizację usług zdrowotnych

¹⁸ Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego, Załącznik do uchwały nr 764/322/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 17 maja 2022 r. [<https://mazovia.pl/pl/bip>].

¹⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69 ze zm.].

w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy²⁰, a czas oczekiwania na pierwszorazowe świadczenia psychologiczne i psychiatryczne jest bardzo długi – odpowiednio ok. 11 miesięcy oraz ok. 40 miesięcy²¹. Według danych NFZ żaden podmiot leczniczy na terenie Józefowa nie udziela finansowanych ze środków publicznych świadczeń psychiatrycznych i psychologicznych dla osób dorosłych²².

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

1. Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²³: cel operacyjny 3: Promocja zdrowia psychicznego;
2. Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030²⁴: 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. Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁵, priorytet 5: zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
4. Mapą potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026: rekomendacja 7.8. dla województwa mazowieckiego: Zwiększenie dostępu do świadczeń poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dzieci;
5. Wojewódzkim planem transformacji województwa mazowieckiego na lata 2022-2026²⁶: rekomendacja 7.5. Zwiększenie dostępu do świadczeń poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dzieci.

²⁰ Dane NFZ, Informator o umowach [<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>]; dostęp: 15.02.2024r.].

²¹ Dane uzyskane z Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Józefowie dn. 14.02.2024r.

²² Dane NFZ, Informator o umowach... op. cit.

²³ 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.].

²⁴ 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].

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. z 2021 r., poz. 2144 ze zm.].

²⁶ Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [Mazow. z 2021 r. poz. 12691 ze zm.].

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/opiekunów prawnych 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.

4) Zwiększenie liczby dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju dzięki przeprowadzonym w Programie badaniom przesiewowym.

* wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta

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/opiekunów prawnych, 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 osób z kadry szkolnej, 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, 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.
Szczegółowy 4	Liczba dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju dzięki przeprowadzonym w Programie badaniom przesiewowym.

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

1. Populacja docelowa

Populację docelową będą stanowić dzieci i młodzież w wieku 12-26 lat, zamieszkujący Gminę Miasto Józefów, a także kadra pedagogiczna z publicznych i niepublicznych szkół podstawowych na terenie gminy. [Populacja w wieku 12-26 lat to ok. 3,6 tys. osób, w przypadku kadry pedagogicznej będzie to ok. 90 osób.](#) Działania informacyjne i edukacyjne skierowane będą do wszystkich ww. populacji, natomiast badania przesiewowe do dzieci urodzonych w roku 2010, uczęszczających do szkół publicznych i niepublicznych na terenie Gminy Miasto Józefów, których liczba wynosi ok. 220 osób. W sytuacji niewykorzystania zaplanowanego budżetu badania przesiewowe będą również realizowane w odniesieniu do dzieci z rocznika 2010, uczęszczających do szkół poza terenem gminy.

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

1. Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych.

1) Kryteria włączenia do programu:

- pozostawanie nauczycielem – wychowawcą klas VI-VIII szkoły podstawowej w roku szkolnym 2024/2025, pedagogiem lub psychologiem w szkole publicznej lub niepublicznej posadowionej na terenie Gminy Miasto Józefów;

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) lokalnej społeczności w wieku 16-26 lat.

1) Kryteria włączenia do programu:

- wiek 16-26 lat,
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Miasto Józefów;

2) Kryteria wyłączenia z programu: brak.

3. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych nastolatków.

1) Kryteria włączenia do programu:

- pozostawanie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka w wieku 12-15 lat, uczęszczającego do publicznej lub niepublicznej szkoły podstawowej posadowionej na terenie Gminy Miasto Józefów;

2) Kryteria wyłączenia z programu: brak.

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

4. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) dzieci i młodzieży:

1) Kryteria włączenia do programu:

- wiek 12-15 lat,
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Miasto Józefów,
- pozostawanie uczniem klasy VI-VIII publicznej lub niepublicznej szkoły podstawowej, posadowionej na terenie Gminy Miasto Józefów;

2) Kryteria wyłączenia z programu: brak.

5. Badania przesiewowe

1) Kryteria włączenia do programu:

- rok urodzenia: 2010,
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Miasto Józefów,
- pozostawanie uczniem szkoły podstawowej, posadowionej na terenie Gminy Miasto Józefów,
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego 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:

- rok urodzenia: 2010,
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Miasto Józefów,
- pozostawanie uczniem szkoły podstawowej, posadowionej na terenie Gminy Miasto Józefów,
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego 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:

1) Akcja informacyjno-edukacyjna

- realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranych podmiotach leczniczych, w Urzędzie Miasta Józefowa oraz w szkołach publicznych i niepublicznych na podległym terenie,
- realizowana za pośrednictwem stron internetowych oraz mediów społecznościowych ww. jednostek,
- realizowana poprzez publikacje w prasie (w tym w lokalnej gazetce Józefów nad Świdrem).

2) Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych:

- 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 6 godzin edukacyjnych,
- 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.

3) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) lokalnej społeczności w wieku 16-26 lat

- z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych (tematyka wykładu będzie obejmować: charakterystykę skuteczności terapii psychologicznych, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych, przedstawienie możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku występowania zaburzeń depresyjnych),
- realizowana poprzez 60-minutowy wykład online przygotowany i nagrany przez psychologa lub psychoterapeutę, udostępniony mieszkańcom poprzez strony internetowe i media społecznościowe Realizatora oraz Urzędu Miasta.

4) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych 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),
- prowadzona przez psychologa lub psychoterapeutę, z częstotliwością 1 raz w roku szkolnym w każdej z publicznych i niepublicznych szkół podstawowych (łącznie w 7 szkołach),
- realizowana w formie wykładów stacjonarnych 90-minutowych,
- uwzględniająca badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych.

5) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków

- prowadzona przez wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych na lekcjach wychowawczych,
- 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.

6) Badania przesiewowe dzieci urodzonych w roku 2010, realizowane przez psychologa/psychoterapeutę lub, w razie trudności z dostępem do tego rodzaju specjalistów, psychologa/pedagoga szkolnego:

- 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 stworzenia 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;

7) Terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań), obejmująca:

- wizyty co najmniej 45-minutowe raz w tygodniu przez kolejnych 12 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/opiekunem prawnym dziecka (uczestnicy w wieku 13 lat i więcej powinni wypełniać kwestionariusz przeznaczony do samodzielnego wypełnienia); na wizycie początkowej wymagana jest obecność rodzica/opiekuna prawnego, 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/opiekuna prawnego, 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/opiekunowie prawni dziecka będą poinformowani o konieczności i możliwości wykonania badań uzupełniających oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych (w ramach NFZ),
- po zakończeniu działań 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. mniejsze szkoły, mniej liczne klasy, odpowiedni klimat i etos szkoły) oraz zapobieganie dyskryminacji osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego na terenie szkoły. Eksperci 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)²⁷.

²⁷ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.

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 taki sposób, który umożliwi postawienie diagnozy i wdrożenie efektywnego leczenia. Profesjonaliści medyczni w podstawowej opiece zdrowotnej, szkołach i innych jednostkach powinni być zaznajomieni z metodami przesiewowymi w kierunku wykrywania zaburzeń nastroju (NICE 2017).

Wytyczne AAP 2018, NICE 2017 i RACGP 2017 wskazują także, że istotnym elementem diagnostyki jest zebranie wywiadu rodzinnego. Skale i wystandaryzowane wywiady oparte na klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5, są narzędziami powszechnie wykorzystywanymi w skryningu i ocenie występowania depresji u dzieci. Rekomendowane są np. kwestionariusz MFQ (Mood Feeling Questionnaire) – dla dzieci w wieku 8 lat i starszych oraz kwestionariusz CDI 2 (Children Depression Inventory 2) – dla dzieci w wieku 7 lat i starszych (RACGP 2017). Ponadto stosowanych jest kilka narzędzi skryningowych do wykorzystania w podstawowej opiece zdrowotnej, dwa najczęściej wykorzystywane z nich to kwestionariusz PHQ-A (Patient 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 to²⁸:

²⁸ 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,

- 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 2006²⁹ dotyczącym psychologicznej terapii u dzieci w wieku 7-18 lat, wyłonionych w badaniach przesiewowych prowadzonych w szkołach wskazano, że efekt interwencji wyniósł $SDM=0,578$, można zatem uznać jego wysoką skuteczność. Zatem zgodnie z wynikami przeglądu, w celu zdiagnozowania i wdrożenia leczenia jednego przypadku depresji należy poddać badaniom 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

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.

²⁹ 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.

(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. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane uczestnikom terminy szkoleń dla kadry pedagogicznej, wykładów, zajęć edukacyjnych, badań przesiewowych, a także spotkań ze specjalistami. Edukacja zdrowotna będzie miała charakter indywidualny (w trakcie spotkań terapeutycznych) oraz grupowy (wykłady i lekcje wychowawcze). Badania przesiewowe będą miały charakter spotkań indywidualnych z dzieckiem lub w obecności rodzica/opiekuna prawnego dziecka, realizowanych na terenie szkoły, do której uczęszcza dziecko. W przypadku uczestników uczących się w szkołach niepublicznych zostanie wyznaczone miejsce zastępcze do realizacji badań przesiewowych (np. wybrana szkoła publiczna posadowiona na terenie Gminy Miasto Józefów). 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/opiekun prawny 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 (I kwartał 2024);
- 2) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Mazowieckiego oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (II kwartał 2024);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Józefów (II-III kwartał 2024);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych, spełniających warunki określone w dalszej części projektu (II-III kwartał 2024);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (III-IV kwartał 2024);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (III-IV kwartał 2024, I-IV kwartał 2025);
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2025):
 - 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 2026).

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

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

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.];
- zapewnienie wykonywania interwencji edukacyjnych w programie przez osoby wykonujące następujące zawody: pedagog szkolny, psycholog, psychoterapeuta, posiadające 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),
- zapewnienie przeprowadzania sesji terapeutycznych w gabinecie znajdującym się w odległości maksymalnie 15 km i/lub 20 minut czasu dojazdu komunikacją miejską od Gminy Miasto Józefów,
- 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. 2023 poz. 1545 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Realizatora w ramach współpracy z Urzędem Miasta Józefowa 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 Józefowa (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/opiekunom prawnym nastolatków informacji poprzez dzienniki elektroniczne. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia

informacji o Programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez Realizatora w złożonej ofercie.

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 kadry szkolnej,
- analiza liczby osób, które odtworzyły wykład online dla lokalnej społeczności w wieku 16-26 lat,
- analiza liczby rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji,
- analiza liczby nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji,
- 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 3-5),
- 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/opiekunów prawnych, 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 osób z kadry szkolnej, 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),
- analizę liczby dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju dzięki przeprowadzonym w Programie badaniom przesiewowym.
- 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)
Akcja informacyjno-edukacyjna	5 000
Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych	4 000
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) lokalnej społeczności w wieku 16-26 lat	1 000
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	500
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków*	0
Badania przesiewowe	80
Terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań)	2 400

* Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków prowadzona będzie poza finansowaniem ze środków Urzędu Miasta, w ramach zajęć szkolnych z wychowawcami, którzy uprzednio wezmą udział w działaniach szkoleniowych.

Działania edukacyjne i badania przesiewowe w Programie obejmą całą populację dzieci z rocznika 2010 (ok. 220 dzieci). 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 Gminy Miasto Józefów sesje terapeutyczne zaplanowano dla maksymalnie 30 osób.

2. Planowane koszty całkowite:

Tab. III. Planowane koszty całkowite w latach 2024-2025.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Akcja informacyjno-edukacyjna	1	działanie	5 000	5 000
2. Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych	1	działanie	4 000	4 000
3. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) lokalnej społeczności w wieku 16-26 lat	1	działanie	1 000	1 000
4. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych nastolatków	7	działanie	500	3 500
5. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków*	28	działanie	0	0
6. Badania przesiewowe	220	osoba	80	17 600
7. Terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań; 200zł/spotkanie)	30	osoba	2 400	72 000
8. Monitoring i ewaluacja	1	działanie	1 000	1 000
Koszty Programu				104 100

* Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków prowadzona będzie poza finansowaniem ze środków Urzędu Miasta, w ramach zajęć szkolnych z wychowawcami, którzy uprzednio wezmą udział w działaniach szkoleniowych.

Tab. IV. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w roku 2024.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Akcja informacyjno-edukacyjna	1	działanie	5 000	5 000
2. Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych	1	działanie	4 000	4 000
3. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) lokalnej społeczności w wieku 16-26 lat	1	działanie	1 000	1 000
4. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych nastolatków	7	działanie	500	3 500
5. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków*	28	działanie	0	0
6. Monitoring i ewaluacja	1	działanie	500	500
Koszty Programu				14 000

* Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków prowadzona będzie poza finansowaniem ze środków Urzędu Miasta, w ramach zajęć szkolnych z wychowawcami, którzy uprzednio wezmą udział w działaniach szkoleniowych.

Tab. V. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w roku 2025.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Badania przesiewowe	220	osoba	80	17 600
2. Terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań; 200zł/spotkanie)	30	osoba	2 400	72 000
3. Monitoring i ewaluacja	1	działanie	500	500
Koszty Programu				90 100

3. Źródła finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Miasto Józefów. Urząd Miasta Józefowa w roku 2025 będzie starał się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn zm.].

Spis tabel:

Tab. I. Mierniki efektywności.....	12
Tab. II. Koszty jednostkowe interwencji w programie.	28
Tab. III. Planowane koszty całkowite w latach 2024-2025.....	29
Tab. IV. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w roku 2024.....	30
Tab. V. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w roku 2025.....	30

Bibliografia:

1. BASiW, Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [<https://basiw.mz.gov.pl/>].
2. 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.
3. Cuijpers P. et al. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis, Clin Psychol Rev, 2007, 27(3): 318-26.
4. Dane NFZ, Informator o umowach [<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>].
5. Gałęcki P, Szulc A., Psychiatria, Urban & Partner, Warszawa 2018.
6. Hammen C. Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2022, s. 13
7. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.
8. 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.
9. 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>].
10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, Wydanie 2008, World Health Organization 2009.
11. Moskalewicz J. Kiejna A. Wojtyniak B. „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski” - Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
12. Moskalewicz J., Wciórka J. (red.), Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, Warszawa, 2021, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

13. Murawiec S. Diagnosis and treatment of depression in primary care setting – practical aspects, *Lekarz w POZ*, 5, 2017, s. 338-343.
14. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69 ze zm.].
15. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [Mazow. z 2021 r. poz. 12691 ze zm.].
16. Remberk B, Antosik-Wójcińska A, Baron M. Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży, w: Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji, opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018.
17. Rozporządzenie Ministra 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.].
18. 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.].
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. z 2021 r., poz. 2144 ze zm.].
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 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [Dz. U. z 2023 r., poz. 2480].
22. WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int].
23. 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 12-26 lat na terenie Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025” (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/opiekuna prawnego 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
1. _____	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
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
6. _____	
7. _____	
8. _____	
9. _____	
10. _____	
11. _____	
12. _____	

(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 12-26 lat na terenie
Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025” (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 kadry szkolnej	
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 (dane pozyskane ze szkół)	
Liczba i odsetek rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach psychoedukacji	
Liczba i odsetek osób z kadry szkolnej, 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 pacjenta - uczestnika programu pn. „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-26 lat na terenie Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025” (wzór)

I. Ocena zajęć z zakresu psychoedukacji

Jak oceniasz:	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 oceniasz:	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 rodzica/opiekuna prawnego pacjenta - uczestnika programu pn. „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-26 lat na terenie Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025” (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 5

Ankieta satysfakcji uczestnika działań szkoleniowych dla kadry szkolnej w ramach programu pn. „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-26 lat na terenie Gminy Miasto Józefów na lata 2024-2025” (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/poleciliby 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
---	---	---	---	---