

Uchwała Nr /IX/2025
Rady Miasta Józefowa
z dnia 2025 r.

**w sprawie uchwalenia programu profilaktyki zdrowotnej pn. „Profilaktyka zaburzeń
depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów na lata
2025-2026”**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 z późn. zm.) w związku z art. 7. ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) Rada Miasta Józefowa uchwała, co następuje:

§ 1.

Uchwala się program polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-15 lat na terenie Gminy Miasto Józefów w latach 2025 - 2026” stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

1. Realizator programu zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert.
2. Upoważnia się Burmistrza Miasta Józefowa do przeprowadzenia konkursu ofert na wyłonienie realizatora programu.

§ 3.

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Józefowa.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

§ 5.

Traci moc uchwała Nr 17/IX/2024 Rady Miasta Józefowa z dnia 7 czerwca 2024 r. w sprawie uchwalenia programu profilaktyki zdrowotnej pn. „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-26 lat na terenie Gminy Miasto Józefów w latach 2025 - 2026”.

UZASADNIENIE

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.

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 życiowej

Według Światowej Organizacji Zdrowia (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 ogólnoswiatowej 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 świata. 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 dekady.

W 2024 roku czterokrotnie został ogłoszony konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej. W toku prowadzonych postępowań tylko w pierwszym konkursie wpłynęła jedna oferta nie spełniająca wymagań formalnych i merytorycznych, w pozostałych trzech konkursach nie wpłynęła żadna oferta.

W 2025 roku zwiększone zostały środki na realizację programu w następującym zakresie:

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł) w 2024 roku	Koszt interwencji (zł) w 2025 i 2026 roku
Akcja informacyjno-edukacyjna	5 000	1 500
Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych	4 000	3 000
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów	4 500	7 000
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków	0	0

Badania przesiewowe	17 600	29 500
Terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań)	72 000	108 000
Monitoring i ewaluacja	1 000	1 000
RAZEM	104 100	150 000

Do zadań własnych gminy należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. Mając to na uwadze Rada Miasta Józefowa już od 2009 r. podejmuje działania zmierzające do polepszenia stanu zdrowia mieszkańców, uchwalając realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dzieci i młodzieży w wieku 12 – 15 lat.

Załącznik nr 1
do Uchwały nr...../IX/2025 Rady Miasta
z dnia2025 roku



**Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-15 lat
na terenie gminy Miasto Józefów na lata 2025-2026**

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, 2025

Nazwa programu:

Profilaktyka zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku 12-15 lat
na terenie gminy Miasto Józefów w latach 2025 – 2026

Okres realizacji programu: 2025 – 2026

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
mgr Dorota Kembrowska – Kierownik Referatu Oświaty,
Kultury, Zdrowia i Sportu Urzędu Miasta Józefów
mgr Olga Lewandowska – Inspektor Referatu Oświaty,
Kultury, Zdrowia i Sportu Urzędu Miasta Józefów

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie, gdyż zmieniono populację docelową.

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 modyfikacji programu: kwiecień 2025

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	5
1. Opis problemu zdrowotnego	5
2. Dane epidemiologiczne	8
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	13
1. Cel główny:	13
2. Cele szczegółowe:	13
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	14
1. Populacja docelowa	14
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	15
3. Planowane interwencje:	17
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	26
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ...	27
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	28
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:	28
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	28
3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej	29
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	30
1. Monitorowanie	30
2. Ewaluacja	30
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	32
2. Planowane koszty całkowite:	33
3. Źródła finansowania	34
Spis tabel:	35
Bibliografia:	36

Załączniki	38
------------------	----

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

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

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

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

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

Objawy depresji u nastolatków 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 zadowalających efektów. Warto jednak pamiętać, że stosowanie leków jest metodą uzupełniającą dla psychoterapii⁹.

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.

⁹ Ibidem.

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 ogólnoswiatowej 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 małoletnich (w tym ok. 78,6 % dziewcząt). Wskaźnik pacjentów / 100 tys. ludności (248,8) był bardzo zbliżony do wskaźnika ogólnopolskiego (237,4). Liczba dzieci 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

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 Gałęcki 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.

głównie małoletnich w wieku 12-17 lat (ok 97%). Najczęstszym rozpoznaniem w tej grupie był epizod depresyjny¹⁴.

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 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 specjalistycznych¹⁵.

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

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

¹⁵ 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.].

ukierunkowaną na specyficzny, jednorodny charakter problemów, z uwzględnieniem potrzeb lokalnej społeczności¹⁶.

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 12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów w latach 2025 – 2026” 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 powieślały świadczeń finansowanych ze środków publicznych pozostających w dyspozycji województwa mazowieckiego, w projekcie wskazano stosowne kryteria wykluczenia¹⁷.

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

¹⁶ 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.].

¹⁷ 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>].

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 rzeczywistych¹⁸. 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 2025, podpisano jedynie jedną umowę na realizację usług zdrowotnych w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy¹⁹, a czas oczekiwania na pierwszorazowe świadczenia psychologiczne i psychiatryczne jest bardzo długi – odpowiednio ok. 7 miesięcy (psycholog) oraz ok. 46 miesięcy (psychiatra)²⁰. Według danych NFZ żaden podmiot leczniczy na terenie Józefowa nie udziela finansowanych ze środków publicznych świadczeń psychiatrycznych i psychologicznych dla osób dorosłych²¹.

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

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/>; dostęp: 16.01.2025r.].

²⁰ Dane uzyskane z Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Józefowie dn. 16.01.2025 r.

²¹ Dane NFZ, Informator o umowach... op. cit.

1. Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²²: cel operacyjny 3: Promocja zdrowia psychicznego;
2. Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030²³: 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 zdrowotnych²⁴, 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 2022-2026²⁵: rekomendacja 7.5. Zwiększenie dostępu do świadczeń poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dzieci.

²² 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.].

²³ 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].

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

²⁵ 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) Poprawa stanu psychicznego u co najmniej 30% uczestników programu, którzy zakończyli proces terapeutyczny w okresie realizacji programu.

* 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	Odsetek nastolatków, u których doszło do poprawy stanu psychicznego w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych. Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 30% uwzględniając pomiar natężenia objawów uczestników przed rozpoczęciem cyklu sesji terapeutycznych oraz pomiar natężenia objawów uczestników po zakończeniu cyklu sesji terapeutycznych – przy dwukrotnym zastosowaniu tego samego kwestionariusza (CDI 2 – Children Depression Inventory 2).

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 12-15 lat, odpowiednio z roczników 2010-2013 (z tym, że od września 2025 roku uczniami szkół podstawowych w wieku 15 lat będą wyłącznie ci uczniowie, którzy w roku szkolnym 2025/2026 będą powtarzać klasę VIII – ich liczba jest obecnie niemożliwa do oszacowania), zamieszkujący gminę Miasto Józefów i uczęszczający w roku szkolnym 2025/2026 do publicznych i niepublicznych szkół podstawowych na terenie Józefowa, a także kadra pedagogiczna (wychowawcy klas VI-VIII i pedagodzy/psychologowie szkolni zatrudnieni w roku szkolnym 2025/26 w szkołach podstawowych mających swoją siedzibę w Józefowie). Populacja dzieci i młodzieży z roczników 2011-2013, zameldowanych na terenie gminy Miasto Józefów to ok. 850 osób, jednak do szkół podstawowych publicznych i niepublicznych, mających siedzibę na terenie miasta, z badanych roczników dzieci uczęszcza obecnie tylko 753 uczniów. Kadra pedagogiczna, spełniająca kryterium wzięcia udziału w programie, to 70 osób (52 wychowawców klas VI – VIII oraz 18 pedagogów/psychologów). Rodzice/opiekunowie prawni to ok. 1 700 osób, jeśli weźmiemy pod uwagę nastolatków z roczników 2010-

2013, zameldowanych na terenie miasta, a ok. 1500 osób, jeśli weźmiemy pod uwagę tylko tych obecnie uczęszczających do naszych szkół podstawowych. Działania informacyjne i edukacyjne skierowane będą do nastolatków z roczników 2010-2013, którzy spełniają pozostałe kryteria włączenia do programu, natomiast badania przesiewowe i terapie tylko do urodzonych w latach 2011 - 2012 (573 uczniów zameldowanych na terenie Józefowa, a wśród nich tylko 507 uczniów uczęszczających obecnie do szkół podstawowych w Józefowie). W sytuacji niewykorzystania zaplanowanego budżetu badania przesiewowe będą również realizowane w odniesieniu do dzieci z rocznika 2011 i 2012, uczęszczających do szkół podstawowych poza terenem gminy.”). W sytuacji niewykorzystania zaplanowanego budżetu badania przesiewowe będą również realizowane w odniesieniu do dzieci z rocznika 2011 i 2012, uczęszczających do szkół podstawowych 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 klas VI-VIII, pedagogów i psychologów szkolnych:

1) Kryteria włączenia do programu:

- Zatrudnienie, w roku szkolnym 2025/2026, w charakterze wychowawcy klas VI-VIII lub pedagoga/psychologa szkolnego 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) **rodziców/opiekunów prawnych nastolatków:**

1) Kryteria włączenia do programu:

- pozostawanie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka w wieku 12-15 lat, uczęszczającego, w roku szkolnym 2025/2026, do publicznej lub niepublicznej szkoły podstawowej posadowionej na terenie gminy Miasto Józefów,
- zamieszkiwanie na terenie gminy Miasto Józefów.

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 12-15 lat,
- zamieszkiwanie na terenie gminy Miasto Józefów,
- pozostawanie, w roku szkolnym 2025/2026, uczniem publicznej lub niepublicznej szkoły podstawowej, posadowionej na terenie gminy Miasto Józefów;

2) Kryteria wyłączenia z programu: brak.

4. Badania przesiewowe **dzieci z roczników 2011 i 2012**:

1) Kryteria włączenia do programu:

- rok urodzenia: 2011 i 2012,
- zamieszkiwanie na terenie gminy Miasto Józefów,
- pozostawanie, w roku szkolnym 2025/2026, 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,
- brak pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział w programie,
- pozostawanie pod stałą opieką poradni psychologicznej lub poradni psychiatrycznej w zakresie działań zaplanowanych w programie,
- przeciwwskazania zdrowotne.

6. Terapia zaburzeń nastroju **dzieci z roczników 2011 i 2012**:

1) Kryteria włączenia do programu:

- rok urodzenia: 2011 i 2012,
- zamieszkiwanie na terenie gminy Miasto Józefów,
- pozostawanie, w roku szkolnym 2025/2026, uczniem szkoły podstawowej, posadowionej na terenie gminy Miasto Józefów,
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie,
- pozytywny wynik, wcześniej wykonanego badania przesiewowego, wskazujący na potrzebę przeprowadzenia terapii.

2) Kryteria wyłączenia z programu:

- zdiagnozowane uprzednio zaburzenia nastroju,
- brak pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział w programie,
- 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, tablicach ogłoszeń na terenie Józefowa, oraz w szkołach podstawowych 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 klas VI-VIII, pedagogów i psychologów szkolnych zatrudnionych, w roku szkolnym 2025/2026, w szkołach podstawowych mających swoją siedzibę na terenie Józefowa:

- 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 270 minut,
- 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),
- o czasie przeprowadzenia działań szkoleniowych decyduje realizator,
- uczestnicy szkolenia powinni zostać poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy kadry

pedagogicznej. Wynik o co najmniej jeden punkt wyższy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. **Test wiedzy przygotowuje realizator programu.** Test powinien składać się z 15 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru i obejmować swoim zakresem tematykę omawianą podczas szkolenia.

3) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych nastolatków w wieku 12-15 lat uczęszczających, w roku szkolnym 2025/2026, do szkół podstawowych mających swoją siedzibę na terenie Józefowa:

- realizowana poprzez wykłady z zakresu profilaktyki zaburzeń nastroju (celem wykładów jest zapewnienie rodzicom/opiekunom prawnym dostępu do wiedzy dotyczącej zaburzeń zachowania u dzieci i profilaktyki, w tym m.in.: etiologii zaburzeń depresyjnych, ich przebiegu i metod leczenia. Przekazywana wiedza powinna być dostosowana do odbiorców. Podczas tych działań rodzice/opiekunowie prawni uczestników powinni mieć możliwość zadawania pytań i otrzymywania odpowiedzi, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy w tym zakresie),
- wykłady powinny być prowadzone przez psychologa lub psychoterapeutę, z częstotliwością 1 raz w trakcie realizacji projektu, dla rodziców uczniów klas VI-VIII szkół podstawowych mających swoją siedzibę na terenie Miasta Józefowa (odbędą się cztery spotkania: po jednym w trzech publicznych szkołach podstawowych i jednym w jednej niepublicznej szkole podstawowej z Józefowa),
- realizowana w formie 90-minutowych wykładów stacjonarnych,
- uczestnicy wykładów powinni zostać poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem edukacji, post-test – po przeprowadzeniu edukacji) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy. Wynik o co najmniej jeden punkt wyższy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. Test wiedzy przygotowuje realizator programu. Test powinien składać się z 10 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru i obejmować swoim zakresem tematykę omawianą podczas edukacji zdrowotnej.

4) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków w wieku 12-15 lat, którzy w roku szkolnym 2025/2026 uczęszczają do szkoły podstawowej na terenie Józefowa, przeprowadzona w tych szkołach:

- prowadzona przez wychowawców klas VI-VIII, pedagogów i psychologów szkolnych, zatrudnionych w roku szkolnym 2025/2026 w szkołach podstawowych na terenie Józefowa, którzy uczestniczyli w dedykowanych im działaniach szkoleniowych z zakresu zaburzeń nastroju przeprowadzonych przez realizatora przedmiotowego programu,
- 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,
- osoby uczestniczące w edukacji będą poddane dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem edukacji, post-test – po przeprowadzeniu edukacji) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy. Wynik o co najmniej jeden punkt wyższy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. Test wiedzy przygotuje realizator programu. Test powinien składać się z 10 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru i obejmować swoim zakresem tematykę omawianą podczas edukacji zdrowotnej. Testy te powinny być dostosowane do wieku grupy docelowej.

5) Badania przesiewowe dzieci urodzonych w roku 2011 i 2012, będących w roku szkolnym 2025/2026, uczniami szkół podstawowych mających swoją siedzibę na terenie Józefowa, realizowane przez psychologa/psychoterapeutę lub w razie trudności z dostępem do tego rodzaju specjalistów, psychologa/pedagoga szkolnego:

- będą przeprowadzane u uczestników, u których nie została wcześniej stwierdzona depresja,
- będą realizowane wśród uczniów szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie gminy Miasto Józefów, będących mieszkańcami gminy;

- będą realizowane przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prawidłowego jego wykonania. Przed przeprowadzeniem badania przesiewowego specjalista jest zobowiązany do przeprowadzenia rozmowy poprzedzającej, mającej na celu przygotowanie uczestnika do badania,
- będą obejmowały 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,
- koszty zakupu kwestionariuszy pokrywane będą przez realizatora w ramach kosztu przeprowadzenia badania przesiewowego,
- badania zostaną przeprowadzone z założeniem stworzenia każdemu pacjentowi warunków odbycia wizyty z poszanowaniem prywatności i intymności,
- po przeprowadzeniu badania przesiewowego, które dało wynik pozytywny, podczas tego samego spotkania, odbędzie się wstępna kwalifikacja dziecka do terapii zaburzeń nastroju uczestników programu.

6) Terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań), obejmująca dzieci urodzone w latach 2011 - 2012 (w roku szkolnym 2025/2026 - uczniów szkół podstawowych mających swoją siedzibę na terenie Józefowa), które uzyskały pozytywny wynik w badaniu przesiewowym przeprowadzonym na wcześniejszym etapie realizacji programu:

- wizyty co najmniej 60-minutowe, co najmniej 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, przy czym o rodzaju terapii zdecyduje realizator;
- 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 zdrowotnych do udziału w programie, ocenę funkcjonowania psychologicznego (poprzez ponowne zastosowanie kwestionariusza CDI 2; tym samym odbędzie się weryfikacja wyniku badania przesiewowego), 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, podczas której specjalista dokona: podsumowania cyklu terapii, ponownego wykonania przez dziecko kwestionariusza CDI 2, w celu sprawdzenia przez specjalistę, czy doszło do poprawy stanu psychicznego uczestnika sesji terapeutycznych oraz udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu, a także przekaże pacjentowi do wypełnienia 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)²⁶.

²⁶ 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 wystandardyzowane 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 to²⁷:

²⁷ 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 2006²⁸ 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 (koszty społeczne). Wśród

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.

²⁸ 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.

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 zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. 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 także 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. Będą przeprowadzane przed wizytą wstępną terapii zaburzeń nastroju.

W przypadku uczestników uczących się w szkołach niepublicznych zostanie wyznaczone miejsce zastępcze do realizacji badań przesiewowych. 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) podjęcie decyzji o rozpoczęciu prac nad projektem programu polityki zdrowotnej (październik 2024);
- 2) opracowanie programu (styczeń 2025);
- 3) uzyskanie opinii o programie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (marzec 2025);
- 4) aktualizowanie programu (kwiecień 2025);
- 5) uchwała o wdrożeniu programu (maj 2025);
- 6) przygotowanie dokumentacji konkursowej (maj 2025);
- 7) ogłoszenie konkursu (maj 2025);
- 8) składanie ofert (czerwiec 2025);
- 9) ocena formalna i merytoryczna ofert (czerwiec 2025);
- 10) ogłoszenie wyników (czerwiec 2025);
- 11) podpisanie umowy z realizatorem (lipiec 2025);
- 12) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem i ewaluacją (sierpień 2025 – czerwiec 2026);
- 13) przekazanie sprawozdania rocznego za 2025 rok (styczeń 2026);
- 14) przekazanie sprawozdania za 2026 rok (styczeń 2027);
- 15) przekazanie raportu końcowego z realizacji programu (do 3 miesięcy od zakończenia realizacji programu).

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

Koordynatorem programu będzie pracownik Urzędu Miasta Józefowa. 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. z 2024 r. poz. 799 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 uprawnienia do prowadzenia psychoterapii dzieci i młodzieży oraz min. 3-letnie doświadczenie w pracy z tą grupą docelową,
- 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. 2024 poz. 581ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465 z późn. zm.], 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 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:

- analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załączniki 3-5),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

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

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy przygotowują pracownicy Referatu Oświaty, Kultury, Zdrowia i Sportu Urzędu Miasta Józefowa. Raport końcowy z programu polityki zdrowotnej zostanie opracowany na podstawie m.in. sprawozdań końcowych oraz innych danych otrzymanych od realizatorów programu.

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;
- analiza liczby i odsetka nastolatków, u których doszło do poprawy stanu psychicznego w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych (zwiększenie u co najmniej 30% uczestników programu, którzy zakończyli proces terapeutyczny w okresie realizacji programu);
- 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 i III 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.

Tab. II. Koszty jednostkowe interwencji w programie.

Nazwa interwencji	Koszt jednostkowej interwencji
Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców klas VI-VIII, pedagogów/psychologów szkolnych – dla ok. 70 osób	2 000 zł (za przygotowanie, nagranie oraz udostępnienie on-line odbiorcom 270 minutowego wykładu)
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci – dla maksymalnie 1700 osób	1 200 zł (za przygotowanie i stacjonarne przeprowadzenie jednego 90 minutowego spotkania z rodzicami uczniów szkół podstawowych z terenu Józefowa)
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków* - maksymalnie dla 850 nastolatków uczących się w roku szkolnym 2025/2026 w szkołach podstawowych w Józefowie	0*
Badania przesiewowe – dla maksymalnie 570 nastolatków z roczników 2011-2012 będących uczniami szkół podstawowych w Józefowie (publicznych i niepublicznych)	60 zł (za przeprowadzenie i ocenę 1 badania przesiewowego)
Terapia zaburzeń nastroju (dla maksymalnie 30 nastolatków)	300 zł (za przygotowanie i przeprowadzenie jednej godziny terapii z dzieckiem)
Monitoring i ewaluacja	1 000 zł (za całe działanie)

* Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków prowadzona będzie poza finansowaniem ze środków gminy Miasto Józefów, w ramach zajęć szkolnych z wychowawcami, pedagogami i psychologami szkolnymi klas VI-VIII, którzy uprzednio wezmą udział w działaniach szkoleniowych.

Badania przesiewowe w Programie obejmą dzieci z roczników 2011 i 2012 tj. maksymalnie ok. 570 dzieci uczących się w szkołach podstawowych w Józefowie. Terapia zaburzeń nastroju będzie świadczeniem realizowanym tylko 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 2025 roku.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców klas VI-VIII, pedagogów i psychologów szkolnych – nagranie 270 minutowego wykładu, który udostępniony będzie on-line wychowawcom klas VI-VIII, pedagogom, psychologom szkolnym publicznych i niepublicznych szkół z Józefowa.	1	działanie	2 000	2 000
2. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych nastolatków - przeprowadzenie stacjonarnie czterech 90 minutowych wykładów w każdej z trzech publicznych szkół podstawowych w Józefowie i jednej niepublicznej szkole podstawowej w Józefowie.	4	działanie	1 200	4 800
3. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków*	52 klasy	działanie	0	0
4. Badania przesiewowe	570	osoba	60	34 200
Koszty Programu				41 000

* Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków prowadzona będzie poza finansowaniem ze środków Urzędu Miasta, w ramach zajęć szkolnych z wychowawcami klas VI-VIII oraz pedagogami i psychologami szkolnymi, którzy uprzednio wezmą udział w działaniach szkoleniowych.

Tab. IV. Planowane koszty całkowite w 2026 roku.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań; 300zł/spotkanie)	30	osoba	3 600	108 000
2. Monitoring i ewaluacja	1	działanie	1 000	1 000
Koszty Programu				109 000

3. Źródła finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Miasto Józefów. Urząd Miasta Józefowa 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.....	13
Tab. II. Koszty jednostkowe interwencji w programie.	31
Tab. III. Planowane koszty całkowite w 2025 roku.	32
Tab. IV. Planowane koszty całkowite w 2026 roku.	32

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. at 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/pediatric/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. Moskaiewicz 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. Moskaiewicz J., Wciórka J. (red.), Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, Warszawa, 2021, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
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 12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów w latach 2025 - 2026” (wzór)

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania**	
Tel. Kontaktowy/adres e-mail***	

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

** adres zamieszkania konieczny w celu zweryfikowania czy uczestnik programu jest mieszkańcem gminy Miasto Józefów,

*** podanie nr telefonu lub adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może znacznie skrócić termin załatwienia sprawy;

II. Zgoda na udział w Programie

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

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

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków gminy Miasto Józefów.

Ja, niżej podpisany oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
2. w chwili aplikowania do Programu moje dziecko mieszka na terenie gminy Miasto Józefów w rozumieniu Kodeksu cywilnego²⁹.

²⁹ Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 - 27 KC) miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem jego życia codziennego, w którym skoncentrowane są

3. moje dziecko nie korzysta, w momencie aplikowania do programu, ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz nie brało wcześniej udziału w analogicznym projekcie finansowanym ze środków publicznych,
4. u mojego dziecka nie zdiagnozowano do tej pory zaburzeń nastroju,
5. moje dziecko nie pozostaje pod opieką poradni psychologiczno-pedagogicznej, poradni psychologicznej lub poradni psychiatrycznej w zakresie działań, które obejmuje przedmiotowy program,
6. moje dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do wzięcia udziału w programie.

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

.....
Data i podpis uczestnika

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

III. Pisemna rezygnacja z dalszego uczestnictwa w Programie

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka (podopiecznego) w Programie.

Powodem rezygnacji jest³⁰:

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

jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania. Miejszem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzony wykonywanie władzy rodzicielskiej. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania dziecka jest u tego z rodziców, u którego dziecko stale przebywa. Jeżeli dziecko nie przebywa stale u żadnego z rodziców, jego miejsce zamieszkania określa sąd opiekuńczy. Miejszem zamieszkania osoby pozostającej pod opieką jest miejsce zamieszkania opiekuna.

³⁰ Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe.

IV. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja)

Data	Informacja dla celów ewaluacji
	Wynik pre-testu: _____ Wynik post-testu: _____ Przyrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 70% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie

IV. Badanie przesiewowe

Data	Wynik testu
	☐ pozytywny ☐ 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. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____	Wynik pre-testu: _____ Wynik post-testu: _____ Przyrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie radzenia sobie z problemem zdrowotnym (min. 70% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie

(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 12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów w latach 2025 - 2026” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
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 doszło do poprawy stanu psychicznego w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych	
Czynniki zakłócające przebieg programu:	

* 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 12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów w latach 2025 - 2026” (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 12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów w latach 2025 - 2026” (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 12-15 lat na terenie gminy Miasto Józefów w latach 2025 - 2026” (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 poleciłaby/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
---	---	---	---	---