

**Załącznik do uchwały nr 1685/116/25
Zarządu Województwa Mazowieckiego
z dnia 9 września 2025 r.**

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

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

Program Polityki Zdrowotnej Samorządu Województwa Mazowieckiego



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

okres realizacji: lata 2025-2027

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

Do programu została wydana opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 58/2025 z dnia 10 lipca 2025 r.

Warszawa 2025 r.

Spis treści

Słowniczek.....	3
1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	5
1.1. Opis problemu zdrowotnego.....	5
1.2. Dane epidemiologiczne	9
1.3. Opis obecnego postępowania	11
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	13
2.1. Cel główny	13
2.2. Cele szczegółowe.....	13
2.3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej	13
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	15
3.1. Populacja docelowa.....	15
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	16
3.3. Planowane interwencje.....	18
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	26
3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	26
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej	26
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	26
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	28
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	30
5.1. Monitorowanie	30
5.2. Ewaluacja	33
6. Budżet programu polityki zdrowotnej	33
6.1. Koszty jednostkowe	33
6.2. Koszty całkowite	36
6.3. Źródła finansowania	36
Bibliografia.....	38
Załącznik A. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania*	40
Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	41
Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników Programu – dzieci i młodzież.....	42
Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników Programu – rodzice/opiekunowie prawni uczestników	44
Załącznik C3. Wzór ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej.....	46
Załącznik D1. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*	47
Załącznik D2. Wzór sprawozdania z realizacji sesji terapeutycznych i konsultacji z lekarzem	51
Załącznik E. Test wiedzy dla dzieci i młodzieży.....	52
Klucz odpowiedzi do testu wiedzy dla dzieci i młodzieży.....	54

Słowniczek

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

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

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

DSM-5 (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – 5. edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

ICD-11 (ang. International Classification of Diseases) – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

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

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

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

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia.

Organizator – Województwo Mazowieckie.

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

Program – Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2025-2027.

Psycholog – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów.

Psycholog kliniczny – osoba, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychologii klinicznej, w zakresie programu specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Psychoterapeuta – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Realizator – wybrany w drodze konkursu podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Rozwiązania teleinformatyczne lub inne systemy łączności – narzędzia umożliwiające zdalne nawiązanie bezpośredniego kontaktu z uczestnikami. Zastosowane narzędzia muszą umożliwiać

prowadzenie zajęć, określenie liczby uczestników oraz przeprowadzenie testu wiedzy i ankiety satysfakcji.

Specjalista – lekarz lub specjalista psycholog kliniczny lub psycholog lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty lub specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży.

Lekarz – lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

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

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

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

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Depresja jest najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym, należącym do grupy zaburzeń afektywnych, kojarzoną najczęściej ze stanami głębokiego smutku i przygnębienia. Podobnie jak w przypadku wielu zaburzeń psychicznych, cechuje się jednak mnogim wachlarzem objawów, które występują w różnych zestawieniach u poszczególnych cierpiących na nią osób. Poza badaniem lekarskim, nie istnieje żaden sposób na rozpoznanie depresji o wysokiej czułości i swoistości, z czego wynika niska rozpoznawalność tej choroby, wysoki odsetek pacjentów nieleczonych oraz mnogość strat związanych z chorowaniem na depresję¹.

Do czynników ryzyka depresji u dzieci i młodzieży zalicza się:

- czynniki genetyczne: występowanie depresji u rodziców (które stanowi obciążenie genetyczne, a zarazem nie sprzyja prawidłowemu wypełnianiu ról rodzicielskich), genetyczna predyspozycja do depresji i lęku, która przejawia się w większej wrażliwości na obciążające stresory;
- czynniki rodzinne: konflikty i zakłócenia relacji w rodzinie, niski status socjoekonomiczny, śmierć opiekuna, przemoc i molestowanie seksualne, zaniedbanie, przestępczość, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, niedostateczna więź z dzieckiem, brak wrażliwości na jego potrzeby, negatywne postawy rodzicielskie (chłód, odrzucenie), brak wsparcia, nieprawidłowy styl wychowania, dezorganizacja życia rodzinnego i niedostępność rodziców z powodu ich depresji lub choroby – także somatycznej;
- czynniki psychologiczne: silny lęk, niska samoocena, wysoki samokrytycyzm, zniekształcenia poznawcze, negatywny styl atrybucji, trudności w nauce, niedostateczne umiejętności społeczne, wysoki perfekcjonizm, poczucie beznadziejności;
- czynniki związane z doświadczeniem życiowym: śmierć rodzica/przyjaciela, rozwód, żałoba, samobójstwo w bliskim otoczeniu, utrata więzi przyjacielskiej, trudności w kontaktach z rówieśnikami, zawód w związku romantycznym, niepowodzenia szkolne².

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

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

Ponadto wśród niżej wymienionych muszą zostać zdiagnozowane dwa lub więcej objawy dodatkowe:

1. osłabienie koncentracji i uwagi,
2. niska samoocena i mała wiara w siebie,
3. poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu),

¹ Pużyński S., „Depresje i zaburzenia afektywne”, Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa 2002.

² „Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji”, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018.

4. pesymistyczne widzenie przyszłości,
5. myśli i czyny samobójcze lub autoagresywne,
6. zaburzenia snu,
7. zmniejszony apetyt.

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

1. obniżony nastrój utrzymujący się przez większą część dnia, prawie każdego dnia, ujawniany albo w postaci subiektywnych skarg, albo za pośrednictwem obserwacji czynionych przez inne osoby;
2. znaczne zmniejszenie zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności w stosunku do wszystkich lub prawie wszystkich aktywności;
3. znaczący spadek masy ciała, bez rozmyślnego ograniczenia przyjmowanych pokarmów lub zwiększenie masy ciała;
4. bezsenność lub nadmierna senność niemal każdego dnia;
5. pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe;
6. zmęczenie lub poczucie braku energii;
7. poczucie braku własnej wartości lub nieadekwatne, nadmierne poczucie winy;
8. zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji albo brak zdecydowania;
9. nawracające myśli o śmierci;
10. występowanie objawów powoduje kliniczne istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym obszarze³.

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

- skargi na dolegliwości somatyczne,
- wzmożoną drażliwość,
- wybuchy złości,
- trudne do wyjaśnienia rozdrażnienie,
- dużą wrażliwością na odrzucenie,
- lęk przed przyszłością^{4, 5, 6}.

Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku, obniżają możliwość prawidłowego funkcjonowania i bardzo często mają charakter nawracający. Depresja jest chorobą ogólnoustrojową, jej występowanie i brak właściwego leczenia powoduje zwiększenie ryzyka

³ Hans-Jürgen Möller, „Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych”, *Psychiatria Polska* 2018; 52(4): 611–628.

⁴ Bomba, J. (2018). Depresyjność i depresja. W: Gmitrowicz A., Janas-Kozik, M. (red.) *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży* (s. 117-122). Warszawa: Medical Tribune Polska.

⁵ Rabe – Jabłońska, J. (2011). Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska, I. (red.) *Psychiatria dzieci i młodzieży*. (s. 324-335). Warszawa: PZWL.

⁶ Rybakowski, F. (2018). Zaburzenia depresyjne, choroba afektywna jednobiegunowa. W: Gmitrowicz A., Janas-Kozik, M. (red.) *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży* (s. 123-129). Warszawa: Medical Tribune Polska.

występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, mogą zwiększać ryzyko wystąpienia depresji. Dlatego też tak istotne jest podejmowanie profilaktycznych działań mających na celu zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie depresji. Jednym z najistotniejszych problemów związanych z występowaniem zaburzeń depresyjnych jest fakt, iż zaburzenia te stanowią czynnik wysokiego ryzyka popełniania samobójstw.

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

Niefarmakologiczne metody leczenia obejmują:

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

Skuteczną formą psychoterapii zaburzeń nastroju może być terapia behawioralna, a w przypadku młodzieży terapia poznawczo-behawioralna (CBT). Terapia poznawczo-behawioralna opiera się na założeniu, że emocje i zachowanie są w dużej mierze wynikiem myślenia oraz że zmiana w obszarze myślenia może poprawić komfort psychiczny i wpłynąć na lepsze funkcjonowanie pacjenta. Istnieją dowody, że CBT przewyższa inne formy psychoterapii w łagodzeniu objawów depresyjnych.

W depresji o ciężkim przebiegu połączenie CBT i farmakoterapii jest najszybszym i najbardziej efektywnym rozwiązaniem. Interwencje CBT mogą być szczególnie przydatne w leczeniu nastolatków ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, jak zaburzenia lękowe. U dzieci CBT stosuje się w celu zapobiegania lub leczenia depresji o łagodnym nasileniu. Metoda ta jest pomocna również w przypadku obecności nasilonego niepokoju⁷.

Istotne jest wzbogacenie podejścia opartego o CBT o pozytywne interwencje psychologiczne, które zakładają, że depresja może być skutecznie leczona nie tylko przez łagodzenie objawów depresyjnych, ale także poprzez poprawę samopoczucia, promowanie pozytywnego rozwoju i optymalnego funkcjonowania, pozytywnych emocji, mocnych stron i ich znaczenia w życiu.

Zastosowanie pozytywnych interwencji psychologicznych jest szczególnie istotne w leczeniu objawów depresyjnych, gdyż choroba ta charakteryzuje się brakiem zaangażowania i poczucia korzystnego wpływu na własne życie. Wzmacnianie przede wszystkim tych pozytywnych zasobów może przeciwdziałać objawom depresyjnym i zapobiegać nawrotom w przyszłości⁸.

⁷ S. Kalinowska, K. Nitsch, P. Duda, B. Trześniowska-Drukała, J. Samochowiec, „Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia”, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2013.

⁸ „Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji”, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018.

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

- depresja o bardzo dużym nasileniu objawów, które uniemożliwia rozpoczęcie oddziaływań terapeutycznych, w takiej sytuacji psychoterapię stosuje się po uzyskaniu za pomocą leków poprawy w stanie psychicznym dziecka;
- depresja w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej;
- depresja z objawami psychotycznymi⁹.

Niniejszy program stanowi kontynuację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2022-2025”, który uzyskał pozytywną Opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 18/2022 z dnia 14 kwietnia 2022 r.

Po przeprowadzeniu analizy ww. edycji programu dokonano modyfikacji w zakresie:

- celów szczegółowych i mierników efektywności programu;
- grup docelowych - program obejmuje dzieci i młodzież od 7 do 21 r.ż. oraz ich rodziców/opiekunów prawnych;
- interwencji: konsultacja z lekarzem specjalistą (opcjonalnie), edukacja zdrowotna oraz grupa wsparcia dla rodziców i opiekunów prawnych uczestników oraz ponowne badanie w kierunku depresji po zakończeniu psychoterapii (w ramach badania efektywności udziału w programie) oraz w interwencji „Sesje terapeutyczne”: po 25. sesji należy przeprowadzić ponowne badanie przesiewowe, 26 sesja to spotkanie podsumowujące terapię wraz z omówieniem wyniku testu, dopuszcza się możliwość przeprowadzania sesji terapeutycznych online;
- sposobu zakończenia udziału w programie: dodano niepodjęcie psychoterapii lub edukacji w ciągu 30 dni kalendarzowych od spotkania ze specjalistą;
- warunków uczestnictwa w programie – dopuszczono możliwość powrotu do programu po 6 miesiącach po ukończeniu wszystkich zaplanowanych interwencji w programie - pod warunkiem ponownego spełnienia kryteriów kwalifikacji do udziału w programie;
- zapisu w zakresie sposobu monitorowania i ewaluacji – zmiany treści załączników do programu.

Problem zdrowotny poruszony w programie wpisuje się w założenia:

- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 – w zakresie celu operacyjnego nr 3: „Promocja zdrowia psychicznego”;
- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 w zakresie celu głównego „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz

⁹ S. Kalinowska, K. Nitsch, P. Duda, B. Trześniowska-Drukała, J. Samochowiec, „Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia”, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2013.

doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb”;

- uchwały nr 313/303/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 8 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026”, w zakresie celu nr 7 „Przeciwdziałanie innym istotnym problemom zdrowotnym występującym na terenie Województwa Mazowieckiego”.

1.2. Dane epidemiologiczne

Według WHO łączna liczba osób żyjących z depresją na świecie wynosi około 332 mln¹⁰. Stanowi ona 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności na świecie (11% wszystkich lat życia skorygowanych niepełnosprawnością na świecie – DALY)¹¹. Depresja zdecydowanie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn. Wskaźnik rozpowszechnienia depresji jest także zróżnicowany, jeśli chodzi o grupy wiekowe, osiągając najwyższy poziom w wieku dojrzałym (ok. 7,5% wśród kobiet i 5,5% wśród mężczyzn w wieku 55-74 lata). Depresja osiąga również wysoki wskaźnik wśród dzieci i młodzieży w wieku poniżej 15 lat¹².

Liczba mieszkańców Europejskiego Regionu WHO, którzy cierpią na zaburzenia depresyjne sięga 40 mln. Depresja jest drugą najczęściej występującą przyczyną niepełnosprawności i utraty zdrowia oraz główną przyczyną ponad 128 tys. samobójstw w Europejskim Regionie WHO¹³.

Dzieci i młodzież są grupą, która coraz częściej doświadcza zaburzeń depresyjnych. Szacuje się, że 2%-10% dzieci cierpi na depresję. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia¹⁴.

Zgodnie z raportem „NFZ o zdrowiu. Depresja” liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z rozpoznaniem depresji w 2013 r. wynosiła 619,33 tys., z czego 1,2% stanowiły osoby z grupy wiekowej 0-17, a 12,7% osoby z grupy wiekowej 18-34¹⁵. W 2023 r. liczba pacjentów z tym rozpoznaniem wynosiła 808,57 tys., w tym 4% to osoby z grupy 0-17, a 15,2% to osoby z grupy 18-34. Na przestrzeni dekady największy wzrost liczby pacjentów odnotowano w grupie 0-17 – o 3,8%, czyli 189,24 tys. osób. W 2023 r. w grupie wiekowej 0-17 udzielono świadczeń 31 961 osobom (7 937 mężczyzn i 24 024 kobiet). W grupie wiekowej 18-34 było to 123 135 osób (39 653 mężczyzn i 83 482 kobiet). W latach 2013-2023 wzrosła także liczba pacjentów realizujących recepty na refundowane leki przeciwdepresyjne. W 2013 r. recepty zrealizowało 953,8 tys. pacjentów, w 2023 r. było to już 1 740,7 tys. pacjentów. O 68,7 tys. wzrosła liczba pacjentów poniżej 18 r.ż. (w 2013 – 15,0 tys.,

¹⁰ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (dostęp: 29.08.2025)

¹¹ Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, „Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej”, Warszawa 2019.

¹² „Depression and Other Common Mental Disorders”, Global Health Estimates; 2017.

¹³ „Komunikat prasowy z okazji Światowego Dnia Zdrowia 2017, Depresja – porozmawiajmy”, World Health Organization, Regional Office for Europe, Warszawa 2017.

¹⁴ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 35/2021 z dnia 23 czerwca 2021 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych”.

¹⁵ NFZ o zdrowiu. Depresja. Dane za lata 2013-2023.

w 2023 – 84,6 tys.). Według danych NFZ w 2023 r. 2% ludności województwa mazowieckiego udzielono świadczenia z rozpoznaniem depresji.

Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 w zakresie zaburzeń psychicznych, w 2019 r. w województwie mazowieckim zapadalność na zaburzenia depresyjne w populacji ogólnej wynosiła 2 380,7 na 100 tys. mieszkańców, co stanowiło 73,61% wszystkich zaburzeń psychicznych¹⁶.

W grupie wiekowej 10-14 lat zapadalność wynosiła 586,4 na 100 tys., w wieku 15-19 lat – 1 727,2 na 100 tys. Wartość wskaźnika DALY dla zaburzeń depresyjnych w 2019 r. w województwie mazowieckim w grupie wiekowej 10-14 lat wynosiła 78,5 na 100 tys. mieszkańców (w tej samej grupie wiekowej), natomiast w grupie 15-20 lat – aż 259,6 na 100 tys. mieszkańców.

Zgodnie z aktualnymi danymi z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia w 2023 r. 1 mln 398 tys. osób w Polsce korzystało z opieki psychiatrycznej, w tym 325,38 tys. osób z powodu zaburzeń nastroju¹⁷. Wśród tej grupy zaburzeń najczęstszym rozpoznaniem był epizod depresyjny – wystąpił u 144 014 pacjentów, z czego 72,88% to kobiety. Na drugim miejscu są zaburzenia depresyjne nawracające – wystąpiły u 116 450 pacjentów, w tym 77,22% to kobiety. W województwie mazowieckim z opieki psychiatrycznej korzystało 175,91 tys. osób, w tym 44,02 tys. z zaburzeniami nastroju. W porównaniu do innych województw Mazowsze cechuje się największą liczbą pacjentów z tą grupą zaburzeń nastroju. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności na Mazowszu (996,54) jest zbliżona do wartości dla całego kraju (943,54). Epizod depresyjny wystąpił u 19 787 pacjentów, a zaburzenia depresyjne nawracające u 15 738 pacjentów. W obu zaburzeniach wśród pacjentów przeważa liczba kobiet – odpowiednio 72,54% i 77,6%.

W 2023 r. w opiece psychiatrycznej leczono 279,52 tys. pacjentów poniżej 18 r.ż., z czego 16,24 tys. z powodu zaburzeń nastroju¹⁸. W województwie mazowieckim liczba małoletnich pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej wynosiła 48,12 tys. Zaburzenia nastroju wystąpiły u 2 561 pacjentów. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w województwie mazowieckim (240,87) jest zbliżona do wartości dla całego kraju (236,53). Wśród zaburzeń nastroju najczęściej występującym u dzieci i młodzieży był epizod depresyjny – wystąpił u 2 053 osób, co stanowi 4,23% wszystkich pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej. Najwięcej pacjentów z tym zaburzeniem było w grupie wiekowej 12-17 r.ż. (2 002 osoby).

Stan zdrowia psychicznego Polaków opisuje badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska”. Według badania EZOP ok. 4% (około 1-1,5 mln) mieszkańców Polski doświadczyło w ciągu swojego życia co najmniej jednego epizodu zaburzenia nastroju. Wskaźniki występowania zaburzeń depresyjnych w naszym kraju rosną wraz z wiekiem – 5% osób powyżej 50 roku życia. W przeciągu ostatnich kilkunastu lat zaobserwowano wyraźny wzrost zgłaszalności zaburzeń psychicznych w psychiatrycznych jednostkach opieki

¹⁶<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/> (dostęp: 13.03.2025)

¹⁷ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli/> (dostęp: 13.03.2025)

¹⁸ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dzieci-i-mlodziez/> (dostęp: 13.03.2025)

zdrowotnej. W lecznictwie ambulatoryjnym odnotowano 100% wzrost zgłaszalności, a w lecznictwie stacjonarnym – 50%¹⁹. Rozpowszechnienie występowania depresji u dzieci wynosi 2%, natomiast u młodzieży 4-8% i wzrasta wraz z wiekiem osiągając poziom 20% u osób do 18. roku życia. Zagrożenie wystąpienia depresji u dzieci w rozróżnieniu na płeć jest jednakowe, jednak zmienia się po okresie dojrzewania, wyraźnie wzrastając u dojrzewających dziewcząt. Należy rozróżnić depresję rozpoczynającą się w dzieciństwie od tej doświadczanej w okresie młodzieńczym. Osoby, u których wystąpiły zaburzenia depresyjne w okresie dorastania w większym stopniu narażone są na ich nawrót w wieku dorosłym. Według statystyk wystąpienie depresji jest także kilkanaście razy większe u spokrewnionych z osobami, które w swoim życiu doświadczyły zaburzeń depresyjnych. Dla krewnych pierwszego stopnia ryzyko wystąpienia choroby wynosi 10-13%²⁰.

Z przeprowadzonego w latach 2017-2019 badania EZOP II wynika, że w okresie całego życia około 3,85% dorosłych Polaków cierpi na depresję²¹. Szacuje się, że jest to około 1 213 000 osób. Badanie dzieci i młodzieży wykazało, że wraz z wiekiem rosną wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia odnotowano w wieku 16-17 lat. W grupie 7-17 lat największy wzrost odnotowano m.in. w przypadku zaburzeń depresyjnych.

Z raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. 2022” wynika, że od kilku lat najczęstszymi problemami zdrowotnymi wśród osób leczonych w ramach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe oraz zaburzenia nastroju²². Dotyczy to zarówno liczby pacjentów leczonych ogółem jak i pacjentów leczonych po raz pierwszy. Z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych w 2020 r. w poradniach zdrowia psychicznego na każde 100 tys. ludności leczyło się 1 215,7 osób, w tym 298,9 po raz pierwszy (odpowiednie wartości bezwzględne wyniosły 466 tys. oraz 87 tys. osób). W przypadku osób leczących się z powodu zaburzeń nastroju to wskaźnik ten wynosi 886/100 tys. leczonych ogółem oraz 169/100 tys. leczonych po raz pierwszy.

Mając na uwadze powyższe Program skierowany został do dzieci i młodzieży w wieku 7-21 lat, ich rodziców/opiekunów oraz kadry pedagogicznej. Szczegółowy opis populacji przedstawiony został w podrozdziale 3.1. Populacja docelowa.

1.3. Opis obecnego postępowania

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

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

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

²¹ Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2021.

²² „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022”, red. B. Woźniak, P. Goryński, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

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

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

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

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

- świadczenia psychiatryczne obejmujące diagnostykę i leczenie dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia;
- leczenie zaburzeń nerwicowych obejmujące diagnostykę i leczenie dzieci i młodzieży z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i zachowania;
- świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek leczniczy, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 82 § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;
- świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne obejmujące opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach;
- świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne obejmujące opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach.

Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży obejmują diagnostykę, leczenie i rehabilitację dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. W ramach

pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.

W warunkach ambulatoryjnych zakres świadczeń dla dzieci i młodzieży obejmuje:

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

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

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie natężenia objawów depresji u co najmniej 40% osób, które zakończyły proces terapeutyczny w okresie jego realizacji, tj. w latach 2025-2027.

2.2. Cele szczegółowe

Cel szczegółowy nr 1

Zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych u minimum 70% uczestników edukacji zdrowotnej spośród I grupy docelowej w latach 2025-2027.

Cel szczegółowy nr 2

Zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych u minimum 70% uczestników szkoleń spośród II grupy docelowej, tj. rodziców i opiekunów prawnych uczestników, w latach 2025-2027.

Cel szczegółowy nr 3

Zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych u minimum 70% uczestników szkoleń spośród III grupy docelowej, tj. kadry pedagogicznej, w latach 2025-2027.

2.3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej

- 1) Iloraz liczby uczestników, u których nastąpiło zmniejszenie natężenia objawów depresji w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych i liczby uczestników, którzy zakończyli cykl sesji terapeutycznych - wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu głównego).

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 40% uwzględniając badania skuteczności psychoterapii depresji w tej populacji.

Miernik będzie liczony na podstawie wyników dwukrotnego zastosowaniu tego samego kwestionariusza (CDI 2 – Children Depression Inventory 2 lub BDI-II – Inwentarz Depresji Becka – wydanie drugie).

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

Wartość docelowa miernika: minimum 30%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 30%, uwzględniając wyniki badań w tym zakresie dla tej populacji.

- 3) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 1).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

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

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

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

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

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

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

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

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

3.1. Populacja docelowa

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

W programie wyróżnia się trzy grupy uczestników:

- I grupa – dzieci i młodzież w wieku od 7. do 21. roku życia;
- II grupa – rodzice i opiekunowie prawni uczestników z I grupy;
- III grupa – kadra pedagogiczna korzystająca ze szkoleń.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2023 r. w województwie mazowieckim mieszkało ok. 1 031,8 tys. osób w wieku 7-24 lat, w tym 365,8 tys. z grupy 7-12, 191,9 tys. z grupy 13-14, 168 tys. z grupy 16-18 oraz 306,1 tys. z grupy 19-24²³. Na podstawie danych z GUS szacuje się, że w 2023 r. w województwie mazowieckim mieszkało 875 290 osób w wieku 7-21 lat²⁴.

Jak wynika z danych systemu informacji oświatowej w 2023 r. w województwie mazowieckim zatrudnionych było 116 510 nauczycieli²⁵.

Budżet programu wynosi 9 000 000 zł. Na przeprowadzenie interwencji dla I grupy docelowej przeznaczono około 90% środków budżetu programu. Na wsparcie II grupy docelowej (rodzice i opiekunowie prawni) w zakresie prowadzenia grup wsparcia dla rodziców/opiekunów prawnych faktycznych oraz edukacja zdrowotna dla rodziców/opiekunów prawnych uczestników planuje się przeznaczyć około 4% środków budżetu programu. Na przeprowadzenie szkoleń dla kadry pedagogicznej planuje się przeznaczyć około 6% środków budżetu programu.

W kalkulacji założono, że u 735 uczestników z I grupy docelowej przeprowadzone zostanie badanie przesiewowe w kierunku depresji, konsultacja ze specjalistą oraz edukacja zdrowotna (koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 1 100,90 zł).

Natomiast 819 uczestników z I grupy docelowej skorzysta z badania przesiewowego, konsultacji ze specjalistą, 25 sesji terapeutycznych oraz spotkania podsumowującego terapię (koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 8 894,29 zł).

Odnosnie II grupy docelowej założono, że:

- przeprowadzone zostanie 82 grup wsparcia (koszt: 1 439,70 zł za 6 spotkań 1 grupy);
- z edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów prawnych uczestników skorzysta 958 uczestników z II grupy (koszt 234,81 za 1 osobę).

²³ GUS, Rocznik Statystyczny Województw 2024.

²⁴ Bank Danych Lokalnych GUS.

²⁵ <https://dane.gov.pl/pl/dataset/811/resource/57402,liczba-nauczycieli-w-2023-r-wedug-wojewodztw/table> (dostęp: 13.03.2025)

W kalkulacji założono dodatkowo, że 2 858 osób z III grupy docelowej skorzysta ze szkoleń (przy założeniu, że koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 194,86 zł).

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

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

Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej - I grupa - dzieci i młodzież

Do programu zostaną zakwalifikowane osoby spełniające jednocześnie wszystkie kryteria wskazane w pkt 1-4 (w przypadku osób ponownie biorących udział w programie kryteria wskazane w pkt 1-5) i minimum jedno kryterium z pkt 6 (dotyczy wszystkich osób aplikujących do programu). Niespełnienie przynajmniej jednego kryterium określonego w pkt 1-4 stanowi przeciwwskazanie do udziału w programie.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie dla I grupy - dzieci i młodzież:

Osoba aplikująca do programu w dniu kwalifikacji musi:

- 1) mieć ukończony 7 rok życia i nie może mieć więcej niż 21 lat;
- 2) mieszkać na terenie województwa mazowieckiego, tj. być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
- 3) przedłożyć wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie (w przypadku osób do 18 roku życia, druk świadomej zgody na udział w programie wypełniony będzie przez osobę aplikującą do programu²⁶ oraz rodzica/opiekuna prawnego dziecka);
- 4) złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych (np. NFZ);
- 5) w przypadku powrotu do programu: istnieje możliwość ponownego skorzystania z programu dopiero po 6 miesiącach od ukończenia wszystkich zaplanowanych interwencji – pod warunkiem ponownego spełnienia kryteriów kwalifikacji do udziału w programie w zakresie kryteriów kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteriów wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

dodatkowo:

- 6) u osoby aplikującej, podczas kwalifikacji do programu, na podstawie jej subiektywnej oceny, musi zostać stwierdzony co najmniej jeden z poniższych symptomów:
 - zaburzenia emocjonalne:
 - obniżony nastrój,
 - utrata zainteresowań i zdolności do radowania się,

²⁶ W przypadku osób do 13 r.ż. dopuszczalne jest pozyskanie ustnego przyzwolenia na uczestnictwo w programie.

- trudne do wyjaśnienia rozdrażnienie,
- duża wrażliwość na odrzucenie,
- osłabienie koncentracji i uwagi,
- niska samoocena i mała wiara w siebie,
- poczucie winy i małej wartości,
- pesymistyczne widzenie przyszłości,
- myśli i czyny samobójcze lub autoagresywne,
- wzmożona drażliwość,
- wybuchy złości,
- pozostałe zaburzenia:
 - skargi na dolegliwości somatyczne,
 - zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności,
 - zaburzenia snu,
 - zmniejszony apetyt,
 - lęk przed przyszłością.

Weryfikacja kryteriów z pkt. 2 - 5 odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku zgodnego z treścią zawartą w załączniku A do programu.

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

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej dla I grupy - dzieci i młodzież:

Niespełnienie co najmniej jednego z kryteriów włączenia do programu lub przedłożenie realizatorowi przez uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału w programie, zgodnej z treścią załącznika B do programu.

Odstąpienie od udziału w programie możliwe jest na każdym jego etapie. W sytuacji, gdy rezygnacja z programu następuje w innej formie niż przełożenie wypełnionego Załącznika B (np. w formie rozmowy telefonicznej) realizator odnotuje ten fakt w formie notatki w dokumentacji programowej.

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

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie dla II grupy - rodzice/opiekunowie prawni:

Do udziału w edukacji zdrowotnej i grupie wsparcia kwalifikują się rodzice i opiekunowie prawni uczestników programu z I grupy docelowej, w okresie uczestnictwa w programie, pod warunkiem wyrażenia zgody na udział w programie.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej dla II grupy - rodzice/opiekunowie prawni:

Niespełnienie kryterium włączenia do programu lub brak lub cofnięcie wyrażenia zgody na korzystanie z tej formy wsparcia.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie dla III grupy - kadra pedagogiczna:

Do udziału w szkoleniu kwalifikuje się kadra pedagogiczna, zatrudniona w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych z obszaru województwa mazowieckiego, pod warunkiem wyrażenia zgody na udział w programie.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej dla III grupy - kadra pedagogiczna:

Niespełnienie kryterium włączenia do programu lub brak lub cofnięcie wyrażenia zgody na korzystanie z tej formy wsparcia lub uczestniczenie już w tej formie wsparcia w ramach w obecnej edycji programu.

3.3. Planowane interwencje

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

I grupa docelowa (dzieci i młodzież):

- 1) badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji,
- 2) konsultacja ze specjalistą,
- 3) sesje terapeutyczne,
- 4) edukacja zdrowotna uczestników,
- 5) konsultacja z lekarzem (opcjonalnie).

Schemat 1 obrazuje ścieżkę postępowania podczas realizacji programu dla I grupy docelowej - dzieci i młodzież.

Dopuszcza się możliwość realizacji niektórych działań podczas jednego spotkania, o ile pozwalają na to możliwości organizacyjne Realizatora, a uczestnik nie zgłosi sprzeciwu do takiej propozycji.

II grupa docelowa (rodzice i opiekunowie prawni):

- 6) prowadzenie grupy wsparcia dla rodziców/opiekunów prawnych uczestników,
- 7) edukacja zdrowotna dla rodziców/opiekunów prawnych uczestników.

III grupa docelowa (kadra pedagogiczna):

- 8) działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej.

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

Ad 1. Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji

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

Badanie przesiewowe będzie realizowane przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prawidłowego jego wykonania. Przed przeprowadzeniem badania przesiewowego, specjalista jest zobowiązany do przeprowadzenia rozmowy, mającej na celu przygotowanie uczestnika do badania. Badanie przesiewowe będzie przeprowadzone z użyciem kwestionariuszy samooceny umożliwiających ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych:

- w grupie wiekowej 7-18 lat – CDI 2 – Children Depression Inventory 2,
- w grupie wiekowej 18-21 lat – BDI-II – Inwentarz Depresji Becka – wydanie drugie.

Uczestnicy będą poddani dwukrotnie badaniu nasilenia objawów depresji za pomocą jednego z ww. narzędzi - przed rozpoczęciem cyklu sesji terapeutycznych oraz po zakończeniu cyklu sesji terapeutycznych (podczas ostatniej sesji).

Kwestionariusz może być wykonany w wersji "papier-ołówek" jak również w formie e-badania.

Specjalista prowadzący badanie przesiewowe jest zobowiązany do analizy odpowiedzi uczestników programu zgodnie z podręcznikiem do danego kwestionariusza. Każdy uczestnik programu, który:

- uzyskał pozytywny wynik w badaniu przesiewowym lub
- uzyskał negatywny wynik w badaniu przesiewowym oraz podczas kwalifikacji do programu na podstawie subiektywnej oceny osoby aplikującej stwierdzono co najmniej jeden z symptomów zaburzeń emocjonalnych

weźmie udział w indywidualnej konsultacji ze specjalistą.

Realizator jest zobowiązany do posiadania dostępu do wyżej wymienionych testów. Koszty zakupu testów pokrywane będą przez realizatora w ramach kosztu przeprowadzenia badania przesiewowego.

Ze względu na fakt, że kwestionariusz CDI 2 umożliwia opis dziecka z trzech różnych perspektyw, tj. komplet obejmuje pełną i skróconą wersję kwestionariusza samoopisu, wersję dla rodziców (lub innych opiekunów) i wersję dla nauczycieli, Realizator powinien zapewnić wszystkie ww. wersje kwestionariusza.

Ad 2. Konsultacja ze specjalistą

Uczestnicy programu:

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

są kierowani na konsultację do specjalisty. Osoby poniżej 18 r.ż. odbywają wizytę w obecności rodzica/opiekuna prawnego. W uzasadnionych przypadkach, decyzją specjalisty, osoba poniżej 18 r.ż. może odbyć konsultację na osobności. Konsultacja powinna trwać minimum 30 minut, a maksymalnie 60 minut.

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

Specjalista przeprowadza pogłębiony wywiad z uczestnikiem programu, obserwację, analizę wyniku badania w kierunku depresji oraz zaleca dalsze postępowanie w ramach programu. Specjalista może wskazać potrzebę wykonania innego badania z zastosowaniem wystandaryzowanych klinicznych narzędzi oceny stanu psychicznego poza programem. W przypadku zaleceń co do dalszego badania, specjalista jest zobowiązany do wskazania uczestnikom programu podmiotów/jednostek, gdzie mogą uzyskać pomoc w zakresie leczenia depresji, ze uwzględnieniem podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Ad 3. Sesje terapeutyczne

Dla każdego uczestnika przewiduje się przeprowadzenie maksymalnie do 26 sesji terapeutycznych zgodnie z wytycznymi specjalisty. W sytuacji, gdy specjalista zalecił mniejszą liczbę spotkań, a liczba ta nie będzie wystarczająca, osoba przeprowadzająca sesje terapeutyczne może zwiększyć liczbę spotkań zachowując ich maksymalny limit (tj. 26 spotkań). Jedna sesja terapeutyczna powinna trwać od 45 do 60 minut. Zaleca się, aby sesje odbywały się raz w tygodniu.

W ramach Programu dopuszcza się możliwość przeprowadzenia następujących terapii: terapia poznawczo-behawioralna (CBT), psychoterapia interpersonalna (IPT-A), krótkie interwencje psychospołeczne, psychoterapia systemowa, psychoterapia integracyjna.

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

Po 25 sesjach każdy uczestnik będzie poddany ponownemu badaniu nasilenia objawów depresji za pomocą narzędzia – tego samego kwestionariusza (CDI 2 – Children Depression Inventory 2 lub BDI-II – Inwentarz Depresji Becka – wydanie drugie). Należy zastosować ten sam rodzaj kwestionariusza, który był zastosowany u uczestnika podczas pierwszego badania przesiewowego w kierunku depresji. Dwukrotne przeprowadzenie badania ma na celu zbadanie efektywności przeprowadzonych w programie sesji terapeutycznych.

W przypadku, gdy została zlecona uczestnikowi mniejsza liczba sesji terapeutycznych, ponowne badanie nasilenia objawów depresji za pomocą ww. narzędzia powinno zostać przeprowadzone na przedostatniej sesji.

Podczas 26. spotkania (lub ostatniego - przypadku osób z mniejszą liczbą zleconych sesji) przeprowadzone zostanie podsumowanie cyklu terapii oraz zostaną udzielone wskazówki do dalszego leczenia lub dalszej pracy. Spotkanie podsumowujące powinno także uwzględniać omówienie wyników przeprowadzonego dwukrotnie badania nasilenia objawów depresji u danego uczestnika. Podsumowanie terapii powinno być przeprowadzone z rodzicem/opiekunem prawnym uczestnika.

Decyzję co do uczestnictwa dziecka w tym spotkaniu pozostawia się do decyzji osoby prowadzącej psychoterapię.

Zaleca się, aby osoby prowadzące sesje terapeutyczne poddawały się superwizji. Superwizja nie będzie finansowana ze środków programu.

Ad 4. Edukacja zdrowotna uczestników

Uczestnik programu, u którego w wyniku badania przesiewowego nie została stwierdzona depresja może uczestniczyć w edukacji zdrowotnej z zakresu profilaktyki depresji. Udział w edukacji jest dobrowolny. Spotkania będą przeprowadzane indywidualnie. W przypadku młodszych dzieci, za zgodą osoby prowadzącej edukację zdrowotną, w spotkaniu mogą uczestniczyć rodzice/opiekunowie dzieci.

W ramach edukacji należy omówić kwestie charakterystyczne dla zaburzeń depresyjnych, w tym dotyczące m.in.: objawów depresji (specyfikę obrazu klinicznego depresji u dzieci i młodzieży), profilaktyki zaburzenia (w tym m.in.: samoobserwacja stanu zdrowia, przestrzeganie właściwej higieny psychicznej, dbałości o odpowiedni poziom aktywności fizycznej i jakości snu).

Dzieci i młodzież uczestniczące w programie powinny poznać umiejętność reagowania w sytuacjach stresowych oraz techniki redukcji stresu i napięcia nerwowego. Ponadto, należy przedstawić informacje, gdzie można zwrócić się o pomoc w przypadku dostrzeżenia u siebie objawów depresji. Należy zadbać, aby informacje przekazywane podczas edukacji zdrowotnej były dostosowane do wieku i możliwości uczestnika.

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 lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. Test wiedzy stanowi załącznik E do programu. Dla każdego uczestnika przewiduje się jedno spotkanie, które powinno trwać minimum 30 minut. Dopuszcza się, aby rodzice/opiekunowie lub osoby prowadzące edukację czytali pytania testowe wraz z odpowiedziami młodszym dzieciom.

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

Ad 5. Konsultacja z lekarzem (opcjonalnie)

Badania epidemiologiczne wskazują, że 25-33% osób w populacji boryka się w danym roku z występującym zaburzeniem psychicznym. Około 10-20% wszystkich przypadków może zostać ocenionych jako przejawiające ciężkie zaburzenia - zazwyczaj są to osoby, u których współwystępują różne zaburzenia psychiczne, a ich przebieg ma charakter przewlekły. Zaburzenia nastroju, w tym

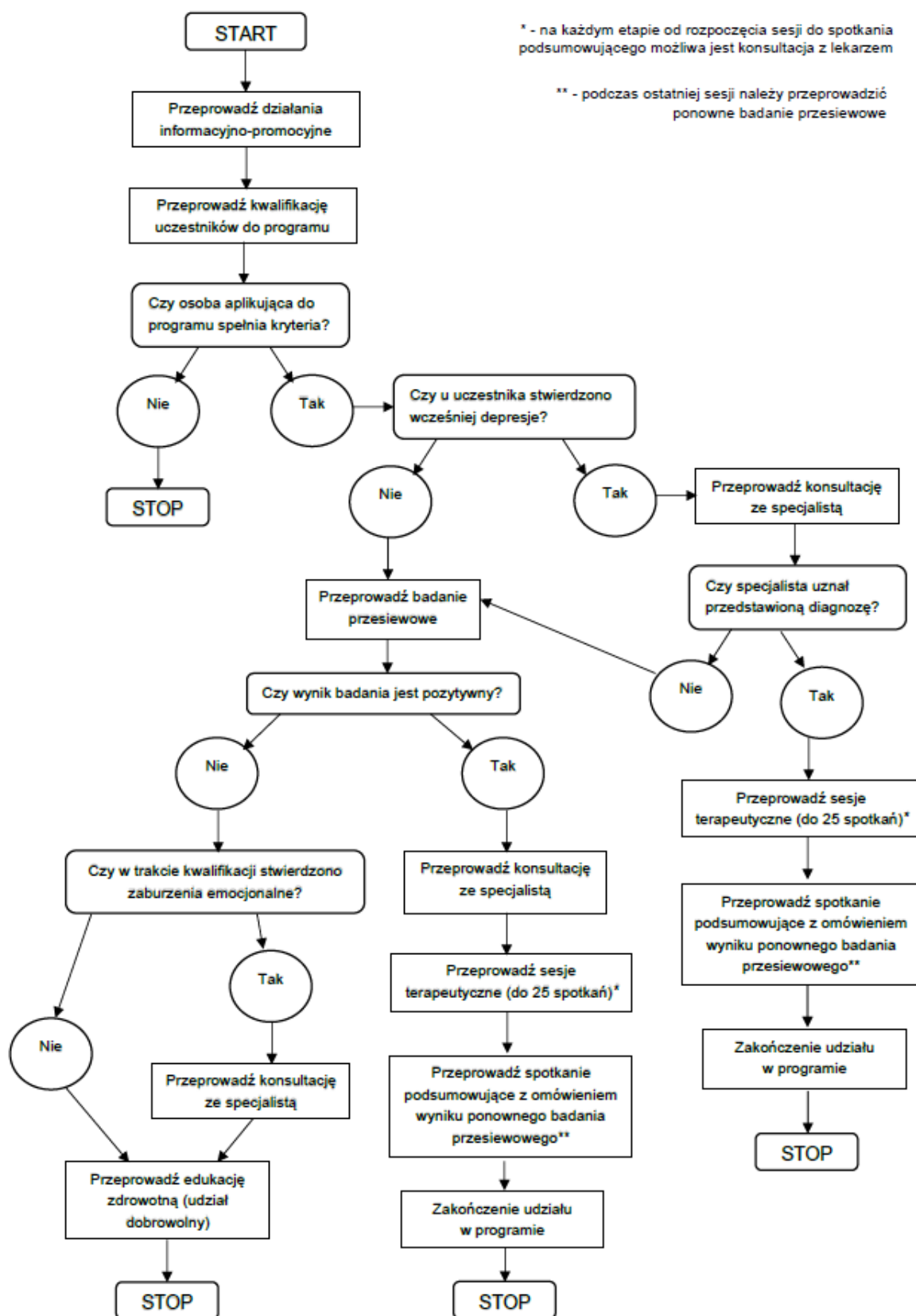
głównie depresja, dotyczą ok. 10% populacji²⁷. W związku z tym, w uzasadnionych przypadkach, zakłada się przeprowadzenie w ramach programu, dla każdego uczestnika **średnio** 1 wizytę konsultacyjną z lekarzem. Konsultacja może być przeprowadzona na wniosek personelu realizującego program, pomiędzy 1. sesją psychoterapii a 25. sesją psychoterapii - nie później jednak niż przed 26. sesją podsumowującą. Konsultacja z lekarzem nie jest działaniem obligatoryjnym dla każdego uczestnika.

Celem konsultacji jest wsparcie uczestnika w przypadku podejrzenia innych zaburzeń współistniejących (np. zaburzenia lękowe, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne), które na etapie diagnozy nie występowały, a ich objawy mogły pojawić się w trakcie uczestniczenia w programie (podczas procesu terapeutycznego). Lekarz powinien otrzymać stosowną dokumentację od personelu realizującego program. W sytuacji, gdy lekarz potwierdzi występowanie objawów innego zaburzenia (współwystępowanie), może skierować uczestnika na pogłębioną diagnostykę poza programem (np. w ramach systemu publicznego finansowanego przez NFZ). Niewykorzystana wizyta konsultacyjna z lekarzem jednego uczestnika, po zakończeniu jego udziału w programie, może zostać zrealizowana na potrzeby innego uczestnika programu. Czas trwania spotkania z lekarzem powinien trwać od 40 minut do 60 minut. Ze względu na jednorazowy charakter tego działania rekomendowane jest, aby konsultacja z lekarzem odbywała się stacjonarnie. Harmonogram konsultacji i liczbę godzin dostępności w miesiącu lekarza określa realizator.

Farmakoterapia nie jest finansowana w ramach programu.

²⁷ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 15/2024 z dnia 27 lutego 2024 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026”.

Rycina 1 Schemat postępowania podczas realizacji programu – I grupa - dzieci i młodzież



Ad 6. Prowadzenie grupy wsparcia dla rodziców/opiekunów prawnych uczestników (II grupa docelowa)

Spotkania grupowe mają umożliwić rodzicom/opiekunom prawnym dzielenie się problemami i wątpliwościami na forum grupy, aby zapobiec poczuciu izolacji oraz zbudować przestrzeń na dzielenie się dobrymi praktykami, posiadanym doświadczeniem przez poszczególnych członków grupy. Spotkania mają charakter otwarty i są organizowane jedynie dla chętnych rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w programie. Spotkania powinny odbywać się nie częściej niż 1 raz w miesiącu w czasie realizacji programu.

Harmonogram spotkań i czas trwania są ustalane przez realizatora programu. Jedno spotkanie powinno trwać nie krócej niż 60 minut i nie dłużej niż 120 minut. Grupy wsparcia mogą być prowadzone stacjonarnie lub/i z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych.

Grupa wsparcia jest skierowana jedynie do rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w procesie psychoterapii w ramach programu. Rodziców/opiekunowie prawni dzieci uczestniczących w edukacji zdrowotnej nie mogą skorzystać z tej formy wsparcia.

W każdym momencie funkcjonowania grupy mogą dołączać nowe osoby. Grupa wsparcia może liczyć minimum 2 osoby, a maksymalnie 20 osób. U jednego realizatora może funkcjonować, więcej niż jedna grupa wsparcia – liczba grup powinna być proporcjonalna do liczby uczestników biorących udział w terapii, uwzględniać wskazaną liczebność uczestników grupy wsparcia (min. 2 osoby a maksymalnie 20 osób).

W spotkaniach grupy wsparcia może wziąć udział 1 rodzic/opiekun prawny dziecka uczestniczącego w programie, do zakończenia udziału w programie. Rodzice/opiekunowie prawni danego uczestnika mogą brać udział w spotkaniach zamiennie. Ze względu na dobrowolną formę grup wsparcia, w przypadku, gdy nie wszyscy opiekunowie chcą uczestniczyć w tych spotkaniach, istnieje możliwość uczestniczenia obydwu chętnych rodziców/opiekunów jednego dziecka. Zasady rekrutacji w tym zakresie reguluje realizator programu.

Ad 7. Edukacja zdrowotna dla rodziców/opiekunów prawnych uczestników (II grupa docelowa)

Celem edukacji zdrowotnej jest zapewnienie rodzicom/opiekunom prawnym dostępu do fachowej wiedzy odnośnie profilaktyki depresji, w tym m.in.: etiologii zaburzeń depresyjnych, ich przebiegu i metod leczenia. Podczas edukacji należy przedstawić korzyści systematycznej realizacji technik relaksacyjnych, rozwijania pasji przez dzieci oraz omówić następujące kwestie: czym jest stres, jego źródła, wpływ na ludzki organizm i sposoby jego ograniczania. 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. Edukacja prowadzona jest dla rodziców/opiekunów prawnych osób uczestniczących w terapii.

Edukacja zdrowotna jest realizowana w formie indywidualnej i może być prowadzona z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych. Oboje rodzice/opiekunowie prawni jednego dziecka

uczestniczącego w programie mogą skorzystać maksymalnie z 1 spotkania w trakcie uczestnictwa dziecka w programie. Każde spotkanie powinno trwać nie krócej niż 45 minut i nie dłużej niż 60 minut.

Osoby uczestniczące w edukacji powinny zostać 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 przygotowuje realizator programu – test powinien się składać z 10 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru i obejmować swoim zakresem tematykę omawianą podczas edukacji zdrowotnej.

Ad 8. Działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej (III grupa docelowa)

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

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 10 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru i obejmować swoim zakresem tematykę omawianą podczas szkolenia.

Szkolenie może być prowadzone indywidualnie lub w grupach maksymalnie 15 osobowych. Każdy uczestnik programu powinien odbyć co najmniej 60 minut edukacji w ramach jednego spotkania. Szkolenie może być prowadzone stacjonarnie lub przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych. Narzędzie teleinformatyczne musi umożliwiać interakcję pomiędzy prowadzącym a uczestnikami szkolenia, przeprowadzenie testów wiedzy oraz ankiety satysfakcji. O czasie, miejscu i formie oraz o ewentualnym scenariuszu, według którego przeprowadzane są działania szkoleniowe decyduje realizator. Realizator może przekazać uczestnikom ewentualne materiały szkoleniowe, które powinny obejmować aktualny stan wiedzy w tym obszarze. Koszty tego typu materiałów powinny być zawarte w kosztach działań szkoleniowych dla kadry pedagogicznej wskazanych w programie.

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

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

Realizator programu musi zapewnić równocześnie możliwość rejestracji telefonicznej i/lub elektronicznej.

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

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

- 1) zostaną mu udzielone wszystkie interwencje przewidziane w programie;
- 2) bez wcześniejszego zgłoszenia realizatorowi, nie będzie uczestniczył w zaplanowanej interwencji (w przypadku sesji terapeutycznych po nieobecności na minimum 2 sesjach z rzędu bez wcześniejszej informacji o nieobecności);
- 3) nie podejmie psychoterapii lub edukacji w ciągu 30 dni kalendarzowych od spotkania ze specjalistą;
- 4) zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w rozdziale 3.2.

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

Działania prowadzone w ramach trwania programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentów.

Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, może wziąć w nim udział ponownie po 6 miesiącach od zakończenia udziału – pod warunkiem ponownego spełnienia kryteriów kwalifikacji do udziału w programie określonych w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

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

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

Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie www.mazovia.pl w zakładce „Otwarte konkursy ofert” oraz na Elektronicznej Tablicy Ogłoszeń (ETO) Samorządu Województwa.

Realizatorami programu będą podmioty wybrane w drodze konkursu ofert i wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

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

Ad 2. Województwo Mazowieckie oraz realizatorzy programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Informacja o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie przekazana zostanie również do kuratorium oświaty oraz jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa mazowieckiego prowadzących szkoły podstawowe i ponadpodstawowe. Dopuszczone są inne formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt). Materiały informacyjno-promocyjne wymagają wcześniejszej akceptacji Województwa Mazowieckiego oraz muszą zawierać logo Województwa Mazowieckiego – szczegóły w tym zakresie będzie regulować umowa na realizację programu.

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

Ad 4. Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji:

- 1) badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji,
- 2) konsultacja ze specjalistą,
- 3) sesje terapeutyczne,
- 4) konsultacja z lekarzem (opcjonalnie),
- 5) edukacja zdrowotna uczestników,
- 6) prowadzenie grupy wsparcia dla rodziców/opiekunów prawnych,
- 7) edukacja zdrowotna dla rodziców/opiekunów prawnych,
- 8) działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej.

Szczegółowy opis przeprowadzenia powyższych interwencji przedstawiono w rozdziale 3.3.

Planowane interwencje.

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

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

Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu przedstawia Tabela 2.

Przyjęty harmonogram ma charakter orientacyjny, a daty wskazane w nim mogą ulec zmianie.

Tabela 1 Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu (źródło: opracowanie własne)

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Decyzja o rozpoczęciu prac nad projektem PPZ	ZWM	1 października 2024 r.	1 października 2024 r.
2.	Opracowanie projektu PPZ	ZD	7 stycznia 2025 r.	16 lutego 2025
3.	Wycena świadczeń	ZD	17 lutego 2025 r.	28 lutego 2025 r.
4.	Konsultacje projektu PPZ z JST oraz wprowadzenie ew. uwag	ZD	27 marca 2025 r.	30 kwietnia 2025 r.
5.	Zaakceptowanie projektu PPZ	ZWM	13 maja 2025 r.	13 maja 2025 r.
6.	Opiniowanie projektu PPZ (2 miesiące)	AOTMiT	14 maja 2025 r.	14 lipca 2025 r.
7.	Aktualizowanie projektu PPZ	ZD	15 lipca 2025 r.	18 lipca 2025 r.
8.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	ZD	21 lipca 2025 r.	28 lipca 2025 r.
9.	Uchwała o wdrożeniu PPZ	ZWM	29 lipca 2025 r.	29 lipca 2025 r.
10.	Ogłoszenie konkursu na wybór realizatorów PPZ	ZD	30 lipca 2025 r.	14 sierpnia 2025 r.
11.	Składanie ofert konkursowych	Oferenci	28 lipca 2025 r.	18 sierpnia 2025 r.
12.	Ocena formalna i merytoryczna ofert	ZD	19 sierpnia 2025 r.	29 sierpnia 2025 r.
13.	Ogłoszenie wyników konkursu	ZWM	9 września 2025 r.	9 września 2025 r.
14.	Podpisywanie umów z realizatorami	ZD, realizatorzy	12 września 2025 r.	19 września 2025 r.
15.	Realizacja PPZ	realizatorzy	12 września 2025 r.	30 listopada 2027 r.
16.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2025 r.	realizatorzy	1 stycznia 2026 r.	31 stycznia 2026 r.
17.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2026 r.	realizatorzy	1 stycznia 2027 r.	31 stycznia 2027 r.
18.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2027 r.	realizatorzy	1 stycznia 2028 r.	31 stycznia 2028 r.
19.	Przekazanie sprawozdań końcowych z realizacji PPZ	realizatorzy	1 stycznia 2028 r.	31 stycznia 2028 r.
20.	Opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ (2 miesiące)	ZD	1 lutego 2028 r.	14 kwietnia 2028 r.
21.	Zaakceptowanie raportu końcowego przez ZWM	ZWM	14 kwietnia 2028 r.	30 kwietnia 2028 r.
22.	Przekazanie raportu końcowego PPZ do AOTMiT oraz zamieszczanie jego treści na BIP Organizatora	ZD	30 kwietnia 2028 r.	30 kwietnia 2028 r.

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:

PPZ - program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2025-2027;

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

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

ZWM - Zarząd Województwa Mazowieckiego.

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

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Na etapie konkursu oferent będzie zobowiązany do przedstawienia nurtu, w którym prowadzić będzie terapię wraz ze wskazaniem towarzystwa wydającego certyfikat personelowi przeprowadzającemu

terapię lub ze wskazaniem podmiotu prowadzącego kształcenie personelu przeprowadzającego terapię. Podczas realizacji programu Realizator musi posiadać do dyspozycji następujący personel:

Wymagania dotyczące personelu:

- 1) w zakresie przeprowadzenia badania przesiewowego w kierunku wykrycia depresji:
co najmniej 1 psycholog lub inny specjalista po ukończonym ogólnym szkoleniu z psychometrii zakończonym zaliczonym egzaminem z psychometrii według programu zaakceptowanego przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne;
- 2) w zakresie konsultacji ze specjalistą: co najmniej 1 lekarz lub psycholog kliniczny lub psycholog lub psychoterapeuta;
- 3) w zakresie przeprowadzenia sesji terapeutycznych i podsumowania terapii: co najmniej 1 psychoterapeuta;
- 4) w zakresie konsultacji ze lekarzem: co najmniej 1 lekarz;
- 5) w zakresie edukacji zdrowotnej: co najmniej 1 psycholog lub psycholog kliniczny lub psychoterapeuta lub lekarz;
- 6) w zakresie działań szkoleniowych dla kadry pedagogicznej: co najmniej 1 psycholog lub psycholog kliniczny lub psychoterapeuta lub lekarz.

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

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

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

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

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:

- 1) Realizator musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
- 2) Realizator podczas udzielania świadczeń medycznych w ramach programu musi przestrzegać zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 3) Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.

- 4) Interwencje mogą być udzielane za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych lub innych systemów łączności wyłącznie za zgodą uczestnika/opiekuna prawnego, wyrażoną w formie dokumentowej.
- 5) Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika A (w przypadku osób do 18 r.ż. druk świadomej zgody na udział w programie wypełniony będzie przez osobę aplikującą do programu oraz rodzica/opiekuna prawnego dziecka), przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Uczestnik ma prawo rezygnacji z programu na każdym etapie udziału w programie. Ponadto, uczestnik programu musi zostać poinformowany o źródłach finansowania programu.
- 6) O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
- 7) Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Województwem Mazowieckim a realizatorem.
- 8) Uczestnik, który ukończył wszystkie zaplanowane dla niego interwencje, może ponownie wziąć udział w programie, po upływie 6 miesięcy od zakończenia uczestnictwa w programie.
- 9) Realizator w trakcie realizacji programu zobowiązany jest do udzielania zaplanowanych interwencji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i rekomendacjami.
- 10) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.
- 11) Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
- 12) Realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej. Dokumentacja programowa zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji programu nie będące dokumentacją medyczną. Dokumentacja programowa powinna zawierać m.in. zgody uczestników na udział w programie, rezygnacje z dalszego uczestnictwa w programie, ankiety satysfakcji wszystkich grup docelowych oraz testy wiedzy uczestników szkolenia i edukacji zdrowotnej. Obowiązek informacyjny związany z przetwarzaniem danych osobowych musi zostać spełniony przez realizatora.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

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

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

- 1) sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D1 do programu;
- 2) sprawozdania z realizacji sesji terapeutycznych i konsultacji z lekarzem – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D2 do programu;
- 3) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu, rodziców/opiekunów prawnych uczestników oraz kadry pedagogicznej – zgodnie z treścią wzorów ankiet stanowiących załączniki C1, C2 i C3 do programu.

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

Analizę danych pozyskiwanych w ramach monitoringu przeprowadzają pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. W związku z tym monitoring programu nie będzie generować dodatkowych kosztów.

Ad 1. Ocena zgłaszalności do programu

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Definicja osoby aplikującej do programu znajduje się w Słowniczku (str. 3-4). Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

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

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

Realizator ma obowiązek prowadzenia rejestru osób aplikujących do programu także w przypadku przekroczenia liczby osób, którym można zapewnić udział w programie w ramach zaplanowanych środków finansowych. Informacja dotycząca liczby osób aplikujących do programu może stanowić podstawę do podjęcia przez Zarząd Województwa Mazowieckiego decyzji o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe. Ocena zgłaszalności do programu monitorowana będzie na podstawie danych przedstawionych przez realizatorów programu zgodnie z załącznikiem D1. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego. Na podstawie ww. sprawozdania zostanie przeprowadzana analiza powodów rezygnacji Uczestników z Programu.

Ad 2. Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu, uczestników interwencji dedykowanych rodzicom/opiekunom prawnym oraz uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej.

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

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

W przypadku rodziców/opiekunów prawnych uczestników, tj. II grupy docelowej, jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiety satysfakcji zgodnej z treścią załącznika C2 do programu. Każdy uczestnik edukacji lub grupy wsparcia zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po zakończeniu szkolenia.

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

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

Analizy wyników ankiet satysfakcji muszą zawierać:

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

Realizator musi przedstawić odrębne analizy dla poszczególnych załączników.

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

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

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

Ad 3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu - zgodnie z załącznikiem D1. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

5.2. Ewaluacja

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

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

Analiza sprawozdań pozwoli uzyskać dane na temat zgłaszalności do programu, a co za tym idzie zapotrzebowania na świadczenia w zakresie diagnozowania i leczenia depresji wśród mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku 7-21 lat.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy przygotowują pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. sprawozdań końcowych oraz innych danych otrzymanych od realizatorów programu. W związku z powyższym ewaluacja programu nie będzie generować dodatkowych kosztów.

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

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1. Koszty jednostkowe

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

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego w programie są średnią arytmetyczną tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy²⁸.

²⁸ Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 6 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe (średnia wycen z 4 podmiotów).

Tabela 2 Wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z I grupy docelowej z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego (źródło: opracowanie własne)

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy	Ilość	Razem
Kwalifikacja uczestnika do programu	183,39 zł	1	183,39 zł
Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji	297,51 zł	2	595,02 zł
Konsultacja ze specjalistą	385,19 zł	1	385,19 zł
Sesje terapeutyczne	283,20 zł	26	7 363,20 zł
Konsultacja z lekarzem	367,50 zł	1	367,50 zł

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika z I grupy docelowej z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego wynosi 8 894,29 zł.

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

Tabela 3 Wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z I grupy docelowej z negatywnym wynikiem badania przesiewowego (źródło: opracowanie własne)

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy	Ilość	Razem
Kwalifikacja uczestnika do programu	183,39 zł	1	183,39 zł
Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji	297,51 zł	1	297,51 zł
Konsultacja ze specjalistą	385,19 zł	1	385,19 zł
Edukacja zdrowotna wraz z pre-testem i post-testem	234,81 zł	1	234,81 zł

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika z I grupy docelowej z negatywnym wynikiem badania przesiewowego wynosi 1 100,90 zł.

Tabela 4a Wartość świadczeń dla II grupy docelowej - grupa wsparcia (źródło: opracowanie własne)

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy	Ilość	Razem
Prowadzenie 1 spotkania grupy wsparcia dla rodziców/opiekunów prawnych uczestników (koszt przypadający na 1 spotkanie)	239,95 zł	6	1 439,70 zł

Tabela 4b Wartość świadczeń dla II grupy docelowej - edukacja zdrowotna (źródło: opracowanie własne)

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy	Ilość	Razem
Edukacja zdrowotna wraz z pre-testem i post-testem (koszt przypadający na 1 osobę)	234,81 zł	1	234,81 zł

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

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy	Ilość	Razem
Działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej wraz z pre-testem i post-testem (koszt przypadający na 1 osobę)	194,89 zł	1	194,89 zł

Maksymalny koszt udziału w programie jednej osoby z III grupy docelowej wynosi 194,89 zł.

Koszty przedstawione w tabelach 2, 3, 4a, 4b i 5 są kwotami maksymalnymi, jakie oferenci mogą przedstawić w swoich ofertach w ramach konkursu na wybór realizatora programu.

W kalkulacji założono, że:

- 819 uczestników z I grupy docelowej skorzysta z badania przesiewowego, konsultacji ze specjalistą, sesji terapeutycznych oraz konsultacji z lekarzem. Koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 8 894,29 zł;

- u 735 uczestników z I grupy docelowej przeprowadzone zostanie badanie przesiewowe w kierunku depresji, konsultacja ze specjalistą i edukacja zdrowotna. Koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 1 100,90 zł;
- 958 osób z II grupy docelowej skorzysta z edukacji zdrowotnej. Koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 234,81 zł.
- prowadzonych będzie 82 grup wsparcia dla 1 640 osób. Koszt 1 grupy (6 spotkań) wyniesie 1 439,70 zł;
- 2 858 osób z III grupy docelowej skorzysta ze szkoleń. Koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 194,86 zł.

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

Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji interwencjami można objąć około 1 554 uczestników z I grupy docelowej, w tym:

- w 2025 r. 518 osób;
- w 2026 r. 518 osób;
- w 2027 r. 518 osób.

W odniesieniu do II grupy docelowej szacuje się, że interwencjami można objąć około 2 598 osób, w tym:

- w 2025 r. 866 osób;
- w 2026 r. 866 osób;
- w 2027 r. 866 osób.

Dodatkowo, szacuje się, że szkoleniami dla kadry pedagogicznej można objąć około 2 858 osób z III grupy docelowej, w tym:

- w 2025 r. 952 osoby;
- w 2026 r. 952 osoby;
- w 2027 r. 954 osoby.

6.2. Koszty całkowite

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2025-2027.

Planowany budżet programu na lata 2025-2027 został określony w wysokości 9 000 000 zł, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2025 r.: 3 000 000 zł;
- 2026 r.: 3 000 000 zł;
- 2027 r.: 3 000 000 zł.

6.3. Źródła finansowania

Program zostanie sfinansowany ze środków własnych Województwa Mazowieckiego.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego na lata 2025-2027

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

Bibliografia

Publikacje:

1. Bomba, J. (2018). Depresyjność i depresja. W: Gmitrowicz A., Janas-Kozik, M. (red.) Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży (s. 117-122). Warszawa: Medical Tribune Polska
2. „Depression and Other Common Mental Disorders”, Global Health Estimates; 2017
3. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska. 2012”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
4. Główny Urząd Statystyczny, Rocznik Statystyczny Województw 2024, Warszawa 2024
5. Hans-Jürgen Möller, „Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych”, Psychiatria Polska 2018; 52(4): 611–628
6. Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, „Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej”, Warszawa 2019
7. „Komunikat prasowy z okazji Światowego Dnia Zdrowia 2017, Depresja – porozmawiajmy”, World Health Organization, Regional Office for Europe, Warszawa, 2017
8. Kowalczyk K., Krajewska-Kula E., Cybulski M. (red.), „Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku”, Tom II, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2016
9. Narodowy Fundusz Zdrowia, Raport „NFZ o zdrowiu. Depresja”, Warszawa, 2020
10. Rabe - Jabłońska, J. (2011). Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska, I. (red.) Psychiatria dzieci i młodzieży. (s. 324-335). Warszawa: PZWL
11. „Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji”, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018
12. Rybakowski, F. (2018). Zaburzenia depresyjne, choroba afektywna jednobiegunowa. W: Gmitrowicz A., Janas-Kozik, M. (red.) Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży (s. 123-129). Warszawa: Medical Tribune Polska
13. S. Kalinowska, K. Nitsch, P. Duda, B. Trześniowska-Dukała, J. Samochowiec, „Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia”, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2013
14. S. Pużyński, „Depresje i zaburzenia afektywne”, Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa 2002
15. Wojtyński B., Goryński P., „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022

Źródła internetowe:

1. Analizy z Mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/> (dostęp: 13.03.2025)
2. Bank Danych Lokalnych GUS <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start> (dostęp: 13.03.2025)
3. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 35/2021 z dnia 23 czerwca 2021 r. <https://bip.aotm.gov.pl/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/986-opz-2021/7216-opz-2021> (dostęp: 13.03.2025)

4. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 18/2022 z dnia 14 kwietnia 2022 r. <https://bip.aotm.gov.pl/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/999-opz-2022/7627-opz-2022> (dostęp: 13.03.2025)
5. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 15/2024 z dnia 27 lutego 2024 r. <https://bip.aotm.gov.pl/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/1055-opz-2024/8291-opz-2024> (dostęp: 13.03.2025)
6. NFZ o zdrowiu. Depresja. Dane za lata 2013-2023 <https://ezdrowie.gov.pl/porta1/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja> (dostęp: 13.03.2025)

Akty prawne i inne dokumenty:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
4. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
5. Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela
6. Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów
7. Rozporządzenie 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
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych
12. Uchwała nr 313/303/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 8 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026”.

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

.....
Imię i nazwisko uczestnika

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

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” (dalej zwany „programem”) mieszkam/ww. dziecko mieszka* na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego²⁹.

Świadoma zgoda na udział w programie

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

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

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

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych**,
2. nie korzystam/wyżej wymienione dziecko nie korzysta* w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie brałam(em)/ nie brało udziału* w tym bądź innym analogicznym projekcie finansowanym ze środków publicznych.

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

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

.....
Data i podpis uczestnika

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

Oryginał/kopia*

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób poniżej 18 roku życia

²⁹ Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie

.....
Imię i nazwisko uczestnika

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

Powodem rezygnacji jest**:

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

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

Oryginał/kopia*

* Niepotrzebne skreślić

** Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników Programu – dzieci i młodzież

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

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

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

Jak oceniasz:	1	2	3	4	5
postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?					
atmosferę podczas spotkań w Programie?					

Ocena sesji terapeutycznych (jeśli dotyczy)

Jak oceniasz:	1	2	3	4	5
atmosferę podczas spotkań?					
wpływ terapii na Twoje samopoczucie? (czujesz się lepiej czy gorzej niż na początku terapii)					
przydatność zdobytej wiedzy i umiejętności?					

Czy coś chcesz dodać/powiedzieć na temat sesji terapeutycznych?

.....

.....

Ocena spotkania dotyczącego edukacji zdrowotnej (jeśli dotyczy)

Jak oceniasz:	1	2	3	4	5
atmosferę podczas spotkań?					
sposób przekazywania podczas spotkania informacji? (czy zrozumiałe było dla Ciebie to, co a osoba opowiadała?)					
przydatność zdobytej wiedzy i umiejętności?					

Czy coś chcesz dodać/powiedzieć na temat spotkań dot. edukacji zdrowotnej?

.....
.....

Skąd dowiedziałeś/łaś się o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

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

Co według Ciebie powinno zostać zmienione, a co najbardziej Ci się podobało?

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

Inne uwagi:

.....
.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników Programu – rodzice/opiekunowie prawni uczestników

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”.

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

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

Jak ocenia Pan/Pani:	1	2	3	4	5
postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?					
organizację Programu?					
atmosferę w Programie?					

Ocena grupy wsparcia (jeśli dotyczy)

Jak ocenia Pan/Pani:	1	2	3	4	5
osobę prowadzącą spotkania?					
atmosferę w trakcie spotkań?					
przydatność spotkań?					

Ocena edukacji zdrowotnej (jeśli dotyczy)

Jak ocenia Pan/Pani:	1	2	3	4	5
osobę prowadzącą edukację zdrowotną (jej kompetencje)?					
sposób przekazywania informacji?					
przydatność zdobytej wiedzy i umiejętności?					

Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

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

Czy uważa Pan/Pani, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

.....

Jakie zmiany powinny zostać wprowadzone do Programu?

.....

.....

Inne uwagi:

.....

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiet

Załącznik C3. Wzór ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej

Szanowni Państwo,

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

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

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

Jak ocenia Pan/Pani:	1	2	3	4	5
poziom merytoryczny szkolenia?					
przydatność przekazywanych informacji?					
organizację szkolenia (zakres materiału, sposób przekazywania treści)?					
atmosferę panującą w trakcie szkolenia?					
swoją satysfakcję z uczestnictwa w szkoleniu?					
stan swojej wiedzy po udziale w szkoleniu?					

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

.....

Który z poruszonych tematów był w Pana/Pani ocenie najbardziej interesujący, przydatny?

.....

Który z poruszonych tematów był w Pana/Pani ocenie najmniej interesujący, przydatny?

.....

Inne uwagi:

.....
.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik D1. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*

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

Dane realizatora: (nazwa, adres)

Nr umowy:

Sprawozdanie za okres:

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

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do programu	
2.	Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie (suma 2a i 2b)	
2a.	Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie po raz pierwszy	
2b.	Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie po raz kolejny (po 6-miesiącach od poprzedniego udziału)	
3.	Liczba osób na liście rezerwowej	
4.	Liczba uczestników, zakwalifikowanych do udziału w programie u których stwierdzono depresję poza programem	
5.	Liczba uczestników ze stwierdzoną depresją poza programem i skierowanych na badanie przesiewowe	
6.	Liczba uczestników ze stwierdzoną depresją poza programem uznaną przez specjalistę	
7.	Liczba uczestników, u których przeprowadzono badanie przesiewowe w kierunku depresji	
8.	Liczba uczestników z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego przeprowadzonego w ramach programu - nie uwzględnia się tu osób, które skorzystały z programu po raz drugi i kolejny	
9.	Liczba uczestników z negatywnym wynikiem badania przesiewowego oraz stwierdzonym co najmniej jednym z symptomów zaburzeń emocjonalnych	
10.	Liczba uczestników z negatywnym wynikiem badania przesiewowego oraz nie stwierdzonym co najmniej jednym z symptomów zaburzeń emocjonalnych	
11.	Liczba uczestników, u których przeprowadzono konsultację ze specjalistą	
12.	Liczba uczestników, których skierowano na sesje terapeutyczne	
13.	Liczba zleconych sesji terapeutycznych	
14.	Liczba przeprowadzonych sesji terapeutycznych	
15.	Liczba badań przesiewowych (suma 15a i 15b)	
15a.	Liczba badań przesiewowych wykonanych przy kwalifikacji do programu	

15b.	Liczba badań przesiewowych wykonanych po ukończeniu terapii	
16.	Liczba przeprowadzonych spotkań podsumowujących terapię	
17.	Liczba uczestników, których skierowano na konsultację z lekarzem	
18.	Liczba przeprowadzonych konsultacji z lekarzem	
19.	Liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej	
20.	Liczba uczestników edukacji zdrowotnej, u których odnotowano wzrost wiedzy	
21.	Liczba uczestników, którzy zakończyli udział w programie** (suma 16, 19, 21a i 21b)	
21a.	Liczba uczestników, którzy zakończyli udział w wyniku rezygnacji	
21b.	Liczba uczestników, którzy zakończyli udział w wyniku wykreślenia	

* Niepotrzebne skreślić

** Zgodnie z pkt 3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

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

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w edukacji zdrowotnej	
2.	Liczba uczestników edukacji zdrowotnej, u których odnotowano wzrost wiedzy	
3.	Liczba przeprowadzonych spotkań grupy wsparcia	
4.	Liczba osób uczestniczących w spotkaniach grupy wsparcia (należy uwzględnić każdą osobę korzystającą z tego wsparcia tylko raz, niezależnie od liczby spotkań, w których uczestniczyła)	

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

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do udziału w szkoleniu	
2.	Liczba uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej	
3.	Liczba uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej, u których odnotowano wzrost wiedzy	
4.	Liczba przeprowadzonych szkoleń dla kadry pedagogicznej	

Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu (dotyczy sprawozdania końcowego)

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Iloraz liczby uczestników, u których nastąpiło zmniejszenie natężenia objawów depresji w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych i liczby uczestników, którzy zakończyli cykl sesji terapeutycznych	
2.	Iloraz liczby uczestników, u których przeprowadzono spotkanie podsumowujące terapię i liczby uczestników skierowanych na sesje terapeutyczne	
3.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej	
4.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób z II grupy docelowej, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej	
5.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób uczestniczących w szkoleniu z III grupy docelowej	

Uwagi:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Analiza powodów rezygnacji Uczestników z Programu:

.....

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu z I grupy docelowej – załącznik C1:

.....

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu z II grupy docelowej – załącznik C2:

.....

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu z III grupy docelowej – załącznik C3:

.....

.....

.....

Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....

Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

Załącznik D2. Wzór sprawozdania z realizacji sesji terapeutycznych i konsultacji z lekarzem

Sprawozdanie z realizacji sesji terapeutycznych i konsultacji z lekarzem prowadzonych w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”

Dane realizatora: (nazwa, adres)

Nr umowy:

Sprawozdanie za okres:

Indywidualny kod uczestnika jest przypisywany na cały czas trwania programu i składa się z elementów niezmiennych oraz elementu zmiennego. Elementami niezmiennymi są: pierwsza litera imienia i nazwiska/rok urodzenia/numer porządkowy/rok kwalifikacji do Programu. Element zmienny to: numer porządkowy wskazujący, który raz uczestnik bierze udział w Programie.

Przykładowy kod dla Jana Kowalskiego (ur. 2005), który pierwszy raz uczestniczy w Programie - JK/2005/1/2025-1.

Przykładowy kod w sytuacji, gdy Jan Kowalski po drugi raz uczestniczy w Programie - JK/2005/1/2025-2.

L.p.	Indywidualny kod uczestnika	Liczba zleconych sesji	Liczba przeprowadzonych sesji	Liczba konsultacji z lekarzem	Uwagi*

.....
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....
Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

* W przypadku:

- a) kontynuacji sesji z poprzednich okresów rozliczeniowych wpisać „kontynuacja”,
- b) rezygnacji z uczestnictwa w programie wpisać „rezygnacja”,
- c) wykorzystania wszystkich zleconych sesji wpisać „koniec”.

Załącznik E. Test wiedzy dla dzieci i młodzieży

Imię i nazwisko:

Liczba punktów:/8

Pre-test / post-test*

Pytania jednokrotnego wyboru – w każdym pytaniu tylko jedna odpowiedź jest poprawna

1. Do objawów depresji zalicza się:
 - a) rozdrażnienie i niepokój oraz obniżona samoocena
 - b) brak wrażliwości na odrzucenie
 - c) krótkotrwały smutek
 - d) niechęć do aktywności wymagających wysiłku
2. Depresję podejrzewa się u osoby, u której niepokojące objawy i zachowania utrzymują się co najmniej przez:
 - a) jeden tydzień
 - b) dwa tygodnie
 - c) jeden miesiąc
 - d) trzy miesiące
3. Depresję może spowodować:
 - a) odtrącenie przez rodzinę i rówieśników
 - b) śmierć bliskiej osoby
 - c) konflikt, rozwód rodziców
 - d) wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe
4. Pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne ma:
 - a) dobry sen (odpowiednia jakość i długość snu)
 - b) nieokazywanie emocji
 - c) długie spędzanie czasu z telefonem komórkowym, oglądając filmiki i media społecznościowe
 - d) rzadki kontakt ze swoimi znajomymi (koleżankami/kolegami)
5. Ile godzin snu zaleca się osobom w Twoim wieku, aby bez problemów móc skupić się podczas zajęć w szkole:
 - a) 3 godziny
 - b) 5 godzin
 - c) powyżej 8 godzin
 - d) powyżej 12 godzin

6. W sytuacjach stresowych zaleca się:
 - a) stosowanie ćwiczeń oddechowych lub innych technik relaksacyjnych
 - b) jedzenie dużej ilości jedzenia
 - c) wyładowanie złości, agresyjne zachowania
 - d) unikanie innych osób i spędzanie czasu samemu

7. Dla Ciebie i Twoich rówieśników zaleca się podejmowanie aktywności fizycznej trwającej:
 - a) minimum 30 minut dziennie
 - b) minimum 60 minut dziennie
 - c) 90-120 minut tygodniowo
 - d) nie ma zaleceń w tym zakresie

8. Jeśli dostrzeżesz u siebie lub innej osoby objawy depresji pomocy możesz szukać:
 - a) u rodziny, najbliższych osób
 - b) w poradni pedagogiczno-psychologicznej w szkole
 - c) kontaktując się z telefonem zaufania
 - d) wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe

Klucz odpowiedzi do testu wiedzy dla dzieci i młodzieży

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