

AKCEPTUJĘ

Z upoważnienia
MINISTRA
PODSEKRETAARZ STANU

Minister Zdrowia

Katarzyna Głowala

2018 MAR 05

Minister Zdrowia

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016 – 2020

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.)

Warszawa 2016 r.

(aktualizacja – 2018)



Ministerstwo
Zdrowia

I. Streszczenie

1. Skrótowy opis celów i podstawowych elementów programu

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Obecnie na świecie choruje na nią 350 mln ludzi¹. Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku, obniżają możliwość prawidłowego funkcjonowania i bardzo często mają charakter nawracający. Z tych właśnie powodów depresja jest jedną z wiodących przyczyn utraconych lat życia wskutek niesprawności zdrowotnej (wskaźnik DALY²). Przeprowadzone w 2012 r. w kraju badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska³”, kluczowe dla realizacji podstawowych założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, potwierdziło istnienie problemu depresji w społeczeństwie polskim. Na jego podstawie stwierdzono, że u 3% mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w wieku produkcyjnym, wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. Według przytoczonego badania stanowi to 766 tys. osób, które w ciągu dotychczasowego życia doświadczyły epizodu depresyjnego. Ponadto, wskaźniki depresji rosną wraz z wiekiem (5% osób powyżej 50 r.ż.) oraz u dzieci/młodzieży (2% w grupie dzieci 6-12 lat). W ostatnich kilkunastu latach dane z psychiatrycznych jednostek opieki zdrowotnej wskazywały na istotny wzrost zgłaszalności zaburzeń psychicznych. Stwierdzono 100% wzrost w lecznictwie ambulatoryjnym i 50% w lecznictwie stacjonarnym.

Depresja jest chorobą ogólnoustrojową. Jej występowanie i brak właściwego leczenia powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Dlatego też, tak istotne jest podejmowanie profilaktycznych działań mających na celu zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie depresji.

Głównym celem programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu będzie się odbywać na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmą: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju; promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania.

¹ Marcus M. Yasamy T.M., van Ommeren M., Chisholm D., Saxena S. Depression. A global Public health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. 2012. World Health Organization.

² DALY – z ang. *disability-adjusted life years* – lata życia skorygowane niesprawnością, wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa wg WHO

³ Instytut Psychiatrii i Neurologii. Akademia Medyczna we Wrocławiu. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska. 2012.

2. Określenie wysokości środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji

Tabela 1. Wysokość środków niezbędnych na realizację Programu w latach 2016-2020 r.

Plan finansowy na rok:	Kwota w tys. zł	
	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
2016	200 ⁴	-
2017*	2.150 ⁵	-
2018	2.202	-
2019	2.255	-
2020	2.309	-
RAZEM	9.116	0

Zakres zadań oraz wysokość środków w latach 2016-2020 może ulec zmianie, gdyż budżet na programy zdrowotne finansowane z rozdziału 85149-Programy Polityki Zdrowotnej jest planowany na okres jednego roku. Wobec powyższego wysokość środków finansowych przewidzianych do wydatkowania w ramach programu w latach 2016-2020 uzależniona jest od corocznych decyzji Ministra Zdrowia.

3. Spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia programu, w tym określenie głównych mierzalnych/niemierzalnych korzyści i kosztów

Obecnie nie wydaje się możliwym zredukowanie wszystkich czynników ryzyka sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych. Możliwa jest jednak popularyzacja informacji na temat głównych czynników ryzyka, jak również pogłębianie świadomości społecznej na temat wczesnego rozpoznawania i metod zapobiegania tej chorobie. Odpowiednia profilaktyka depresji umożliwi bowiem wczesne wykrycie problemu oraz zapewnienie powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i pomocy niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania w środowisku rodzinnym i społecznym jednostki. Profilaktyka depresji powinna przyczynić się do zmniejszenia nakładów finansowych związanych z leczeniem zbyt późno zdiagnozowanej choroby i w konsekwencji z absencją pracowniczą, jak również do zmniejszenia degradacji społecznej, a także stygmatyzacji leczenia psychiatrycznego. Realizowany program powinien również przyczynić się do zmniejszenia niekorzystnego wpływu

⁴ Plan finansowy programu w roku 2016 nie uległ zmianie.

⁵ W roku 2017 plan finansowy programu po zmianach wynosił 2 149 100,00 zł.

związanego z chorobą na funkcjonowanie społeczeństwa oraz poprawy indywidualnej jakości życia osób objętych ryzykiem zachorowania na depresję.

Podsumowując, należy się spodziewać następujących efektów dla poszczególnych celów szczegółowych, tj.:

- opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju może pozwolić na określenie właściwych kryteriów dla budowania świadomości,
- promocja zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa może wpłynąć na poszerzenie świadomości w zakresie konkretnych zjawisk dotyczących depresji,
- profilaktyka depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania może pozwolić na wychwycenie depresji w grupach ryzyka we wczesnym stadium choroby, przez co ochroni przed dalszymi konsekwencjami choroby.

II. Zdefiniowanie problemu, określenie potrzeby

1. Opis problemu

Depresja to poważne zaburzenia nastroju, często uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie na co dzień. Stan ten cechuje się głównie pogorszeniem nastroju, zmniejszeniem energii i aktywności oraz zainteresowań. Obecnie problem depresji w społeczeństwie stał się problemem bardzo rozpowszechnionym. Zgodnie z dokumentem Światowej Organizacji Zdrowia (*Mental Health Action Plan 2013-2020*)⁶, depresja stanowi 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności na świecie (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY), szczególnie często występuje wśród kobiet.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania depresji w społeczeństwie polskim zostały uzyskane z badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska” (*Kondycja Psychiczna mieszkańców Polski, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 2012*). Było to badanie przeprowadzone na reprezentatywnej grupie polskiego społeczeństwa w wieku od 18 do 64 r.ż. Dane te mają zdecydowaną przewagę nad danymi z psychiatrycznych jednostek opieki zdrowotnej przedstawianych do tej pory w rocznikach statystycznych, ponieważ ukazują rzeczywiste rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym problemu depresji, w populacji ogólnej, a nie wyłącznie dane dotyczące osób już objętych specjalistyczną opieką psychiatryczną. W Polsce, w ostatnich kilkunastu latach, dane z psychiatrycznych jednostek opieki zdrowotnej wskazywały na istotny wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Stwierdzono 100% wzrost w leczeniu ambulatoryjnym i 50% w leczeniu stacjonarnym⁷.

W badaniu EZOP Polska stwierdzono, że u 3% mieszkańców kraju w wieku produkcyjnym wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. Według

⁶ World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization 2013.

⁷ Moskalewicz J., Boguszewska L. Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje. W: Szyborski J. Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. Warszawa. Rządowa Rada Ludności. 2012.

przytoczonego badania dotyczy to 766 tys. osób, które w ciągu dotychczasowego życia doświadczyły epizodu depresyjnego. Dane te nie uwzględniają jednak populacji dzieci i osób powyżej 65 r.ż. Rozpowszechnienie depresji wśród kobiet okazuje się większe we wszystkich grupach wiekowych. Rozpowszechnienie depresji wśród mężczyzn pozostaje na podobnym poziomie we wszystkich grupach wiekowych, z niewielkim wzrostem wskaźników w grupie 30-39 lat, co jest wiekiem odpowiadającym szczytowi aktywności zawodowej. U kobiet wskaźniki rosną wraz z wiekiem, począwszy od 2,5% w najmłodszej grupie (18-29 lat) do 5% powyżej 50 r.ż. Epizody depresyjne występują częściej u osób obojga płci z wyższym wykształceniem. Rozpowszechnienie depresji wzrasta wraz ze wzrostem rozmiarów miejscowości zamieszkania (1,3% mężczyzn na wsi – 3,5% mężczyzn w mieście powyżej 200 tys. mieszkańców; 2,6% kobiet na wsi – 6,3% kobiet w mieście powyżej 200 tys. mieszkańców).

W grupie dzieci i młodzieży na depresję cierpi 1% dzieci w wieku przedszkolnym powyżej 2 i 3 r.ż., a 2% w grupie dzieci 6-12 lat (patrz Tab. 2, 3). Istnieją różnice związane z płcią: w dzieciństwie proporcja między chłopcami, a dziewczynkami wynosi 1:1 (choć niektóre badania wskazują na częstsze w tym wieku występowanie depresji u chłopców), a w okresie dojrzewania – 1:2. Według innych badań, występowanie depresji w populacji młodzieży może dotyczyć nawet od 4-8% do 20%. Depresja okresu dzieciństwa i wieku młodzieńczego wciąż jest mniej poznana niż depresja osób dorosłych. Wiadomym jest jednak, że w okresie dzieciństwa tyle samo dziewcząt co chłopców choruje na depresję, a w okresie dojrzewania dwa razy więcej dziewcząt. Charakterystyczną cechą depresji okresu dzieciństwa i dojrzewania jest wysoki współczynnik współchorobowości. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia z 1995 r. współchorobowość (nazwana też podwójną diagnozą) to współwystępowanie u tego samego pacjenta określonych jednostek chorobowych. U 30-75% dzieci z depresją spełnia równocześnie kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych. Zwraca uwagę zwłaszcza fakt wyraźnego zwiększenia częstości hospitalizacji z powodu depresji w populacji dzieci i młodzieży w latach 1999-2009. Choć liczby bezwzględne są stosunkowo niewielkie, to należy pamiętać, że hospitalizacja psychiatryczna jest powszechnie traktowana jako ostateczność, a decyzja o jej podjęciu dotyczy zazwyczaj osób już poważnie chorych⁸.

Ponadto, wyniki metaanalizy podsumowującej 59 badań epidemiologicznych wskazują, że rzeczywista częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie poporodowym wynosi ok. 13%⁹, w praktyce jednak zaburzenia depresyjne w okresie poporodowym bardzo często pozostają nierozpoznane.

Przytoczone powyżej dane potwierdzają konieczność objęcia programami profilaktycznymi zarówno dzieci i młodzieży, jak również osób w wieku produkcyjnym oraz emerytalnym.

⁸ Turno M. One są wśród nas. Dziecko z depresją w przedszkolu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji Ministerstwa Edukacji Narodowej. 2010.

⁹ O'Hara W.M., Swain M.A. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996; 8(1):37-54.

Tabela 2. Występowanie depresji w wybranych populacjach na podstawie badania EZOP Polska

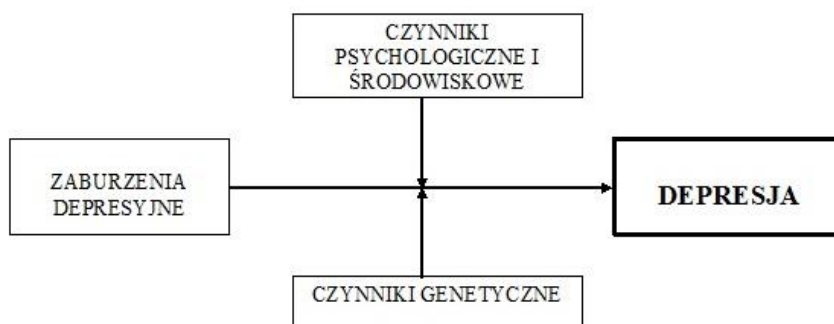
Występowanie depresji w Polsce u osób w wieku 18-64 lata	
3% (766 tys. osób doświadczyło min. 1 epizodu depresyjnego dotychczas)	
Rozpowszechnienie depresji wśród kobiet względem wieku	
18-29 lat	> 50 r.ż.
2,5%	5%
Rozpowszechnienie depresji wśród mężczyzn względem wieku	
Szczyt zachorowań przypada na wiek 30-39 lat	
Rozpowszechnienie depresji wśród dzieci względem wieku	
2-3 r.ż.	6-12 r.ż.
1%	2%
Rozpowszechnienie depresji wśród kobiet względem miejsca zamieszkania	
Miasto	Wieś
6,3%	2,6%
Rozpowszechnienie depresji wśród mężczyzn względem miejsca zamieszkania	
Miasto	Wieś
3,5%	1,3%

Tabela 3. Rozpowszechnienie zaburzeń nastroju wśród mieszkańców Polski w wieku 18–64 lata

Grupa zaburzeń	Szczegółowe rozpoznanie	Odsetki (CI95%)	Oszacowanie w tys.	Dolna granica oszacowania w tys.	Górna granica oszacowania w tys.
Zaburzenia nastroju (afektywne)	Depresja	3,0 (2,7–3,3)	766,2	692,8	839,7
	Dystymia	0,6 (0,5-0,8)	160,4	127,9	193,0
	Mania	0,4 (0,3-0,5)	101,1	767,9	125,3
	Ogółem	3,5 (3,2-3,8)	904,3	825,1	983,4

Zdaniem Meeksa i wsp. 2011¹⁰ można się liczyć z tym, że w ciągu roku depresja duża¹¹ wystąpi u ok. 10% osób z małą lub podprogową postacią choroby (badanie w grupie osób w podeszłym wieku). Jeśli będziemy traktować depresję i zaburzenia depresyjne, jako zjawiska o charakterze bio-psycho-społecznym to należy przyjąć, że im silniejszy czynnik biologiczny, czyli genetyczna podatność na wystąpienie depresji, tym bardziej nieuchronne jest przechodzenie zaburzeń depresyjnych w pełnoobjawową depresję. Jeśli jednak moc tego czynnika nie jest duża, to stworzenie odpowiednich warunków środowiskowych oraz nauczenie odpowiedniego sposobu reagowania na niekorzystne bodźce z zewnątrz może w dużym stopniu zmniejszyć częstość przechodzenia zaburzeń depresyjnych w pełnoobjawową chorobę¹². Proces ten został w sposób schematyczny przedstawiony na ryc. 1. Warto zauważyć, że obecnie nie jesteśmy w stanie zapobiegać biologicznym/genetycznym skłonnościom do występowania depresji, ale możemy je leczyć objawowo.

Rycina 1. Podatność na wystąpienie depresji¹³



Z kolei na ryc. 2 przedstawiono w sposób schematyczny podstawowy problem, którym jest częste występowanie zaburzeń depresyjnych i depresji oraz grupy przyczyn odpowiedzialnych za występowanie tego problemu. Prezentowany zestaw modułów odnosi się do przyczyn innych niż biologiczne.

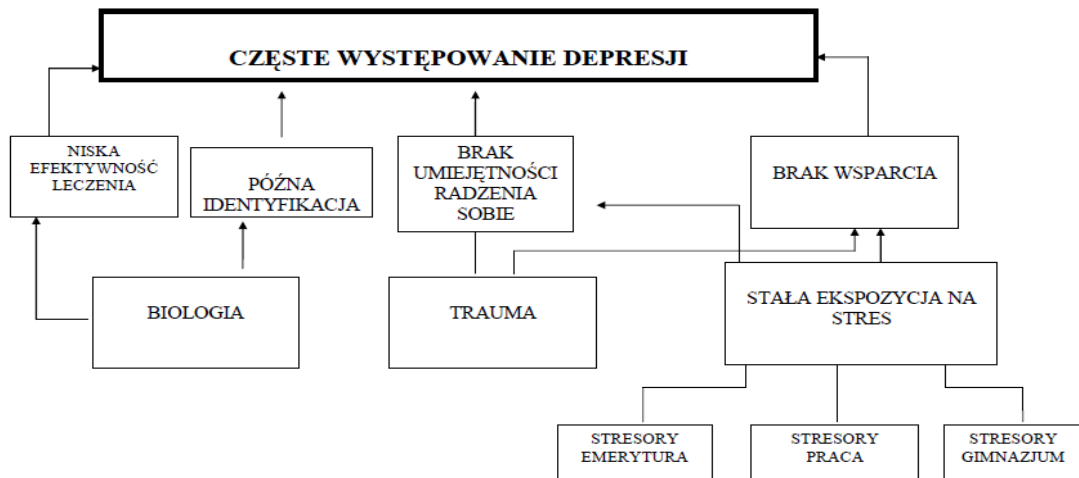
¹⁰ Meeks T.W., Vahia I. V., Lavretsky H., Kulkarni G., Jeste D. V. (2011). A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J. Affect. Disord.* 129, 126–142.

¹¹ Określona według kryteriów diagnostycznych DSM-IV

¹² Jonkers C.C.M., Lamers F., Bosma H., Metsemakers J.F.M. The effectiveness of a minimal psychological intervention on self-management beliefs and behaviors in depressed chronically ill elderly persons: A randomized trial. *International Psychogeriatrics* 2012; 24(2): 288-297.

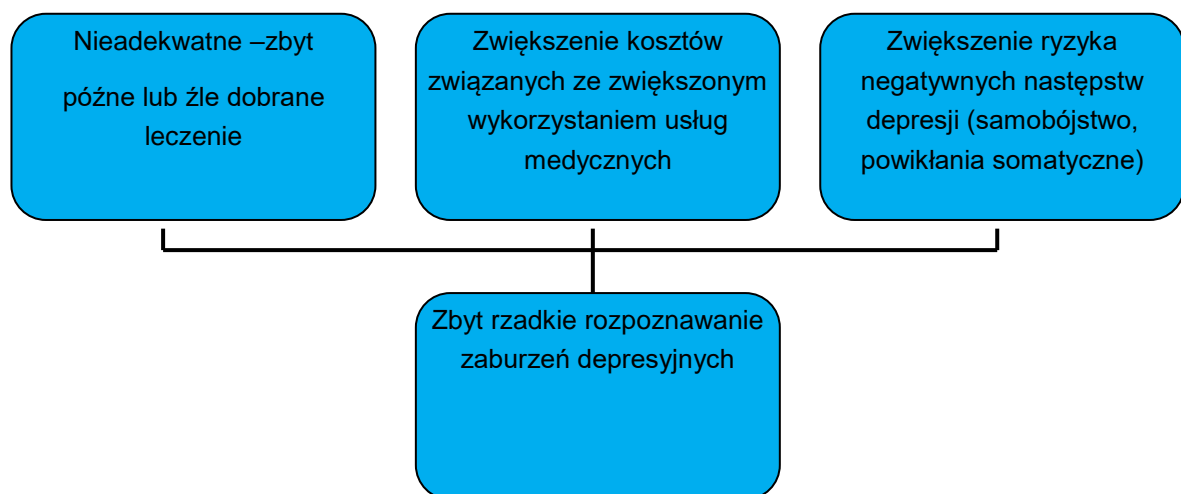
¹³ Świącicki Ł. Opracowanie w ramach realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ramowy program zapobiegania depresji. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.

Rycina 2. Schemat występowania zaburzeń depresyjnych i depresji⁵



Częste występowanie depresji, potwierdzone zarówno przez Światową Organizację Zdrowia, jak i badanie EZOP, nie jest wystarczające do pełnej oceny tego problemu zdrowotnego. Zaburzenia depresyjne, mimo częstego występowania, nierzadko pozostają nierozpoznane lub błędnie rozpoznawane, w związku z tym nie podejmuje się adekwatnych działań terapeutycznych/zapobiegawczych. Zgodnie z dokumentem WHO *Mental Health Action Plan 2013-2020* problem ten najprawdopodobniej wynika z niedoskonałego zarządzania opieką psychiatryczną i dostępnymi możliwościami leczenia, ograniczonej liczby personelu, stygmatyzacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi czy bagatelizacji samego problemu zdrowotnego. Następstwa problemu związanego ze zbyt rzadkim rozpoznawaniem zaburzeń depresyjnych przedstawione zostały na ryc. 3.

Rycina 3. Zbyt rzadkie rozpoznawanie depresji i jego następstwa⁵



Kryteria rozpoznawania epizodu depresji zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób i zaburzeń psychicznych ICD-10 przedstawiono w tab. 4. Dla ustalenia rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez co najmniej 2 tygodnie, choć może to być okres krótszy wówczas, gdy objawy osiągają bardzo duże nasilenie.

Tabela 4. Kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego wg ICD-10⁵

Objawy podstawowe:
1. Obniżony nastrój
2. Utrata zainteresowań i zdolności do radowania się
3. Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności.
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)
4. Pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
5. Myśli i czyny samobójcze
6. Zaburzenia snu
7. Zmniejszony apetyt

W X wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczných i Zaburzeń Zachowania (ICD-10) wyodrębniono kilka kategorii diagnostycznych zaburzeń depresyjnych:

- a) epizod depresyjny (odpowiednik „dużej depresji” w systemie DSM);
- b) stany depresyjne nawracające (choroba afektywna jednobiegunowa) oraz depresje występujące w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych;
- c) grupę przewlekłych zaburzeń nastroju, w tym dystymię i cyklotymię;
- d) zaburzenia depresyjne występujące w schorzeniach organicznych ośrodkowego układu nerwowego, chorobach somatycznych, związane ze stosowaniem leków i innych substancji oraz depresje jako przejaw reakcji adaptacyjnej.

Jednym z kryteriów klasyfikacji stanów depresyjnych jest ich ciężkość (nasilenie objawów i cech). Klasyfikacja ta ma pewną wartość orientacyjną przy wyborze metody i miejsca leczenia. W tabeli poniżej zestawiono orientacyjne kryteria depresji o nasileniu łagodnym, średnim oraz dużym.

Tabela 5. Stopnie nasilenia depresji⁵

<p><i>Depresja łagodna, depresja poronna</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Subdepresja - podstawowe objawy i cechy depresji mają niewielkie nasilenie; mogą występować pojedyncze charakterystyczne cechy depresji (zmęczenie, zniechęcenie, złe samopoczucie, brak zadowolenia, pogorszenie snu, gorszy apetyt)• Depresja maskowana (w obrazie klinicznym zwykle dominuje jeden z objawów przy braku wyraźniejszych psychopatologicznych objawów zespołu, zwłaszcza smutku, zniechęcenia, anhedonii)
<p><i>Depresja o średnim nasileniu, depresja umiarkowana</i></p> <p>podstawowe objawy i cechy depresji wykazują średnie nasilenie; zniechęcenie do życia; występuje wyraźne pogorszenie funkcjonowania społecznego i zawodowego</p>
<p><i>Depresja o dużym nasileniu, depresja ciężka</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Depresja ciężka bez objawów psychotycznych - dominuje smutek lub zubożenie, spowolnienie psychoruchowe, niekiedy lęk, niepokój, myśli i tendencje samobójcze występują często; bardzo duże zaburzenia funkcjonowania społecznego, niezdolność do pracy zawodowej• Depresja ciężka z objawami psychotycznymi - objawy jak wyżej oraz:<ul style="list-style-type: none">– urojenia winy, kary, hipochondryczne– zahamowanie ruchowe, niekiedy osłupienie depresyjne (stupor)– podniecenie ruchowe (depresja „agitowana”)

2. Przyczyny istnienia problemu

Z perspektywy zdrowia publicznego do głównych przyczyn występowania tego problemu zdrowotnego w społeczeństwie należą:

- a) zwiększenie roli środowiskowych czynników w zachorowalności na depresję wiążące się z dynamicznym rozwojem społeczeństwa i gospodarki, zwiększonymi oczekiwaniami społecznymi, ambicjami, zaniedbywaniem higieny życia codziennego, snu oraz żywienia ze względu na wzrastające tempo życia i narażenie na szeroko pojęty stres,
- b) wydłużenie przeciętnej długości trwania życia, a co za tym idzie większa współchorobowość, konieczność przyjmowania leków często o prodepresyjnym mechanizmie działania – narażenie na wzrastającą liczbę oddziałujących czynników zewnętrznych w etiopatogenezie depresji,
- c) występujący w społeczeństwie wstyd leczenia z powodu zaburzeń i chorób psychicznych oraz poczucie stygmatyzacji bycia leczonym psychiatrycznie,

- d) ograniczona świadomość społeczeństwa co do występowania zaburzeń psychicznych i możliwości ich leczenia,
- e) ograniczona dostępność do specjalistycznej pomocy lekarskiej w zakresie psychiatrii, zwłaszcza psychiatrii dzieci i młodzieży.

Z perspektywy klinicznej można wyróżnić dwa podejścia do poszukiwania przyczyn zaburzeń depresyjnych i ich klasyfikowania. Jedno – prezentowane głównie przez psychiatrów europejskich – wiąże się z dążeniem do wyodrębniania i opisywania charakterystyki klinicznej licznych stanów depresyjnych, w zależności od ich znanej lub domniemanej przyczyny. Drugie – „unitarystyczne” – miało swoich zwolenników głównie wśród psychiatrów w Stanach Zjednoczonych, którzy zaburzenia depresyjne traktowali bardziej całościowo i którzy większy nacisk kładli na określanie kryteriów diagnostycznych, podkreślając jednocześnie wieloprzyczynowość depresji u człowieka¹⁴.

Tabela 6. Cechy różnicujące przygnębienie fizjologiczne („normalne”) i depresję jako zjawisko chorobowe na podstawie Pużyński 2008

Cecha	Przygnębienie	Depresja
Nasilenie	zazwyczaj złe samopoczucie, „chandra”	Smutek, przygnębienie
Czas utrzymania się	krótki (godziny)	Długi (tygodnie, miesiące)
Poczucie choroby	zwykle nie występuje	Często występuje
Dezorganizacja aktywności złożonej	zwykle nie występuje lub mało znacząca	Często występuje

Tabela 7. Przyczyny depresji (klasyfikacja nozologiczna) na podstawie Pużyński 2008

Przyczyny „endogenne” (hipotetyczne) (w piśmiennictwie amerykańskim: „pierwotne zaburzenia depresyjne” – <i>primary depressive disorders</i>) <ul style="list-style-type: none">• Zaburzenia afektywne nawracające (choroby afektywne)• Psychoza schizoafektywna
Przyczyny psychologiczne (zawody emocjonalne, straty) <ul style="list-style-type: none">• Depresje reaktywne

¹⁴ Pużyński S., Depresje i zaburzenia afektywne, Wyd. 5, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008, ISBN 9788320038286

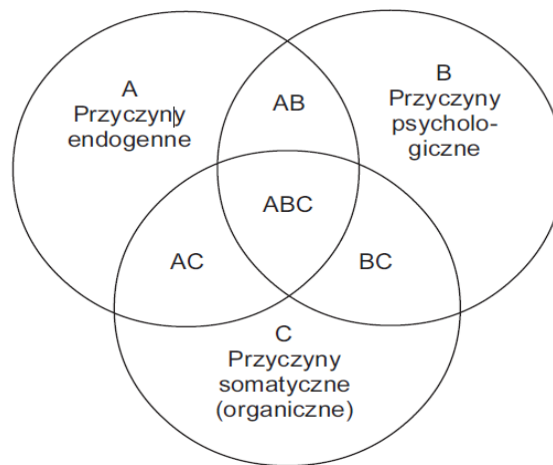
<ul style="list-style-type: none">• Depresje w reakcji żałoby• Depresje w przebiegu zaburzeń nerwicowych• Depresje w przebiegu reakcji adaptacyjnych
Przyczyny somatyczne, organiczne <ul style="list-style-type: none">• Depresje w schorzeniach somatycznych• Depresje związane ze stosowaniem leków i innych substancji, w przebiegu zatruc, uzależnień• Depresje w chorobach organicznych mózgu

Z klasyfikacji nozologicznej depresji wynika z kolei, że ogół stanów depresyjnych można podzielić na trzy grupy:

- a) stany depresyjne występujące w przebiegu nawracających zaburzeń afektywnych (choroby afektywne, dawna nazwa: „psychoza maniakalno-depresyjna”); przyczyny nie są dostatecznie poznane, hipotetycznie związane z „podłożem endogennym”;
- b) depresje występujące w przebiegu różnorodnych schorzeń, nazywane też „depresjami objawowymi”, „depresjami somatogennymi”, „depresjami organicznymi”;
- c) depresje psychogenne, będące dużą i niejednorodną grupą stanów depresyjnych związanych z różnorodnymi urazami psychicznymi, zawodami emocjonalnymi.

Granice pomiędzy tymi trzema grupami zaburzeń depresyjnych nie zawsze są ostre, u niektórych chorych współistnieją dwie grupy czynników przyczynowych (przyczyny endogenne i schorzenia somatyczne, przyczyny endogenne i czynniki psychologiczne, które mogą być przyczyną depresji, schorzenia somatyczne lub organiczne mózgu i czynniki psychogenne), jest też grupa chorych depresyjnych, u których daje się stwierdzić współwystępowanie wszystkich trzech grup czynników przyczynowych (ryc.4).

Rycina 4. Współwystępowanie różnych przyczyn depresji u jednego chorego⁶



Nie podważa to jednak zasadności nozologicznego klasyfikowania zaburzeń depresyjnych, a wskazuje na potrzebę holistycznego podejścia do poszukiwania przyczyn depresji u poszczególnych osób oraz do udzielania im pomocy, która powinna mieć charakter kompleksowy i uwzględniać złożoność przyczyn i patogenezy depresji u człowieka. Zawężenie pola widzenia lekarza lub psychologa wyłącznie do jednego, często domniemanego czynnika przyczynowego (np. organicznego lub psychologicznego) może przynosić wiele szkód, w szczególności może być przyczyną małej skuteczności oddziaływań terapeutycznych.

3. Waga problemu dla społeczeństwa

Podejmując zagadnienie profilaktyki występowania depresji należy mieć na uwadze, iż depresja jest chorobą ogólnoustrojową. Jej występowanie i nieleczenie powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Dlatego też tak istotne jest podejmowanie profilaktycznych działań mających na celu jak najwcześniejsze wykrywanie i leczenie depresji. Zgodnie z dokumentem WHO *Mental Health Action Plan 2013-2020*, osoby z zaburzeniami psychicznymi doświadczają nieproporcjonalnie większej liczby niesprawności i zachorowań w swoim życiu. Na przykład osoby chorujące na depresję mają 40-60% większe prawdopodobieństwo przedwczesnego zgonu w związku z problemami ze zdrowiem fizycznym, które często pozostają niezdiagnozowane lub nieleczone (w tym: nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzyca, HIV, infekcje). Istnieją dowody naukowe wskazujące, że depresja predysponuje do zwiększonego ryzyka zachorowania na zawał mięśnia sercowego czy cukrzycę. Obie te choroby natomiast zwiększają ryzyko zachorowania na depresję. Wiele czynników ryzyka, w tym niski status społeczny, spożywanie alkoholu, stres są często przyczyną zaburzeń psychicznych jak i innych chorób niezakaźnych. Istnieje również istotne ryzyko współwystępowania chorób psychicznych z zastosowaniem używek. Łącznie choroby psychiczne, neurologiczne oraz zaburzenia związane ze stosowaniem używek przyczyniają się do 13% całkowitego światowego obciążenia chorobami. Depresja (w najszerszym rozumieniu tego określenia), jest jednym z najczęściej

występujących zaburzeń psychicznych (obecnie na świecie choruje na nią 350 mln ludzi, 1 na 20 osób stwierdza u siebie epizod depresji w minionym roku¹). Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku; obniżają możliwość prawidłowego funkcjonowania i bardzo często mają charakter nawracający. Z tych właśnie powodów depresja jest wiodącą przyczyną utraconych lat życia wskutek niesprawności zdrowotnej (wskaźnik DALY). W badaniu EZOP Polska stwierdzono, że u min. 3% populacji Polski w wieku najmłodszym i produkcyjnym (a więc osób o największym potencjale rozwojowym dla państwa), a także wśród osób starszych wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu.

4. Dotychczasowe próby rozwiązania problemu

Obecnie w Polsce nie istnieje program zapobiegania depresji, który byłby prowadzony na szczeblu krajowym. Prowadzone są natomiast poszczególne programy w kierunku zwalczania depresji, realizowane na poziomie jednostek samorządów terytorialnych (w tym Małopolski Program Profilaktyki Depresji; „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej - Program edukacyjno-konsultacyjny” województwa mazowieckiego; „Profilaktyka i terapia depresji: pomagać w porę” realizowany przez miasto Kraków). Nie wszystkie z realizowanych programów otrzymały pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Te jednak, które otrzymały, skupiły swoje działania na profilaktyce choroby polegającej na edukacji zdrowotnej wybranej populacji w zakresie depresji. Wyniki prowadzonych programów oraz realizacja założonych celów nie zostały jak dotąd zaprezentowane.

W ostatnim czasie Ministerstwo Edukacji Narodowej utworzyło rządowy program na lata 2008-2013 „Bezpieczna i Przyjazna Szkoła” promujący przyjazne i bezpieczne środowisko do nauczania i wychowywania. Jednym z celów tego programu było podejmowanie działań wychowawczych w szkole obejmujących promocję zdrowia, w tym zdrowia psychicznego. Wyniki tego badania mają zostać niebawem poznane.

Fundacja ITAKA – Centrum Poszukiwań Ludzi Zaginionych już trzeci rok z rzędu prowadzi akcję społeczną „Stop Depresji”, której celem jest wzrost świadomości społeczeństwa na temat depresji. Temat ten jest silnie związany ze statutowymi działaniami Fundacji. Według realizatorów programu jedną z najczęstszych przyczyn zaginięć osób jest właśnie choroba depresji i inne zaburzenia psychiczne. W ramach kampanii Fundacja ITAKA prowadzi dwa razy w tygodniu telefon zaufania dla osób doświadczających depresji. Dodatkowo raz w tygodniu, osoby cierpiące na depresję bądź ich bliscy mogą zasięgnąć specjalistycznych porad od wykwalifikowanych psychiatrów. Obecna kampania skierowana jest do osób nastoletnich. Poprzednie odsłony trzyletniej kampanii dotyczyły depresji zarówno u kobiet jak i u mężczyzn.

5. Przedstawienie trudności w uzyskaniu świadczeń

Obecnie działania w zakresie zapobiegania depresji są niewystarczające i nie wykraczają poza leczenie, rehabilitację oraz promocję zdrowia psychicznego, określonych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386, z późn. zm.).

Zgodnie z obecną literaturą i opinią ekspertów klinicznych, w społeczeństwie nadal panuje stygmatyzacja leczenia psychiatrycznego, co wiąże się ze wstydem i oporem przed wizytą u psychiatry. Wiele osób cierpiących na choroby i zaburzenia psychiczne pozostaje nieleczonych przez wiele lat, objawy narastają, powodują mniejszą efektywność w pracy i często gorzej poddają się leczeniu.

III. Uzasadnienie

1. Dlaczego realizacja programu powinna zostać sfinansowana (dofinansowana) przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym należy wskazać odpowiednie wskaźniki i miernik (w relacji z innymi ważnymi z punktu widzenia polityki zdrowotnej programami)

Zgodnie z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPZOP), przeprowadzone zostało badanie „Epidemiologia zaburzeń psychicznych, a dostęp do opieki – EZOP Polska”. Badanie to miało na celu m.in.:

- a) oszacowanie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce,
- b) ocenę postaw społecznych wobec zaburzeń psychicznych i ich leczenia,
- c) uzyskanie wiedzy na temat społecznej oceny leczenia psychiatrycznego i oczekiwań w tym zakresie,
- d) zainicjowanie długoterminowego procesu monitorowania sytuacji epidemiologicznej i ewaluacji polityki wobec zdrowia psychicznego w Polsce,
- e) sformułowanie rekomendacji dotyczących poprawy rozlokowania placówek leczenia psychiatrycznego i możliwości korzystania z nich.

Badanie to, kluczowe dla realizacji podstawowych założeń NPOZP, potwierdziło istnienie problemu depresji w społeczeństwie polskim. Dokładne wyniki badań zostały omówione w opisie problemu zdrowotnego.

Program powinien zostać sfinansowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, gdyż programy dotyczące zdrowia psychicznego wchodzą w zakres Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (pierwsza edycja na lata 2011-2015, oraz projektowana na lata 2016-2020), a ich realizacja jest obowiązkowa z uwagi na przepisy ustawowe. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.) stanowi, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane.

2. Zdefiniowanie potrzeby społecznej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu

Obecnie nie wydaje się możliwym zredukowanie wszystkich czynników ryzyka sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych. Możliwa jest jednak popularyzacja informacji na temat głównych czynników ryzyka, jak również pogłębianie świadomości społecznej dotyczącej wczesnego rozpoznawania i metod zapobiegania tej chorobie. Odpowiednia profilaktyka depresji umożliwi bowiem wczesne wykrycie problemu oraz zapewnienie powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i pomocy niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania w środowisku rodzinnym i społecznym jednostki.

Profilaktyka depresji zmniejszy także negatywne skutki tego problemu dla funkcjonowania państwa, w tym najprawdopodobniej przyczyni się do zmniejszenia: nakładów finansowych związanych z absencją pracowniczą i wymaganym leczeniem, degradacji społecznej, a także stygmatyzacji leczenia psychiatrycznego.

3. Efektywność ekonomiczna

Choć obecnie brak jest badań oceniających koszty leczenia depresji w Polsce, to dla przykładu w Japonii (kraju liczącym ok. 126 mln obywateli) ocenia się roczne koszty związane z depresją na około 11 mld. USD, w tym jedynie 1,5 mld. USD (czyli ok. 15%) stanowią koszty bezpośrednie związane z leczeniem, a prawie 7 mld. USD to koszty związane z utratą produktywności¹⁵. Także wyniki badania kanadyjskiego (*Dewa i wsp. 2011*) wskazują, że około 30% kosztów związanych z depresją jest związanych z utratą produktywności¹⁶. Wyniki badania przeprowadzonego na Florydzie wykazały z kolei, że w latach 1996-2005 koszt leczenia jednego pacjenta z depresją zwiększył się z 2.802 do 3.610 USD rocznie¹⁷.

Jednym z uzasadnień potrzeby wdrożenia programu jest chęć obniżenia kosztów związanych z depresją, nie tylko w sensie nakładów finansowych, ale także kosztów emocjonalnych choroby. Należy pamiętać, że depresja jest również jednym z najważniejszych czynników ryzyka samobójstw – ocenia się, że ok. 80% ofiar samobójstw cierpiało na jakąś formę depresji, choć z oczywistych względów jest to jedynie wskaźnik hipotetyczny. Zapobieganie, jak również wczesne wykrywanie i leczenie choroby, umożliwia poprawę wydajności jednostki jako pracownika (produktywność), prewencję świadczeniom socjalnym, poprawę zdrowia somatycznego, a także zmniejsza koszty związane z długotrwałym leczeniem psychiatrycznym oraz somatycznym.

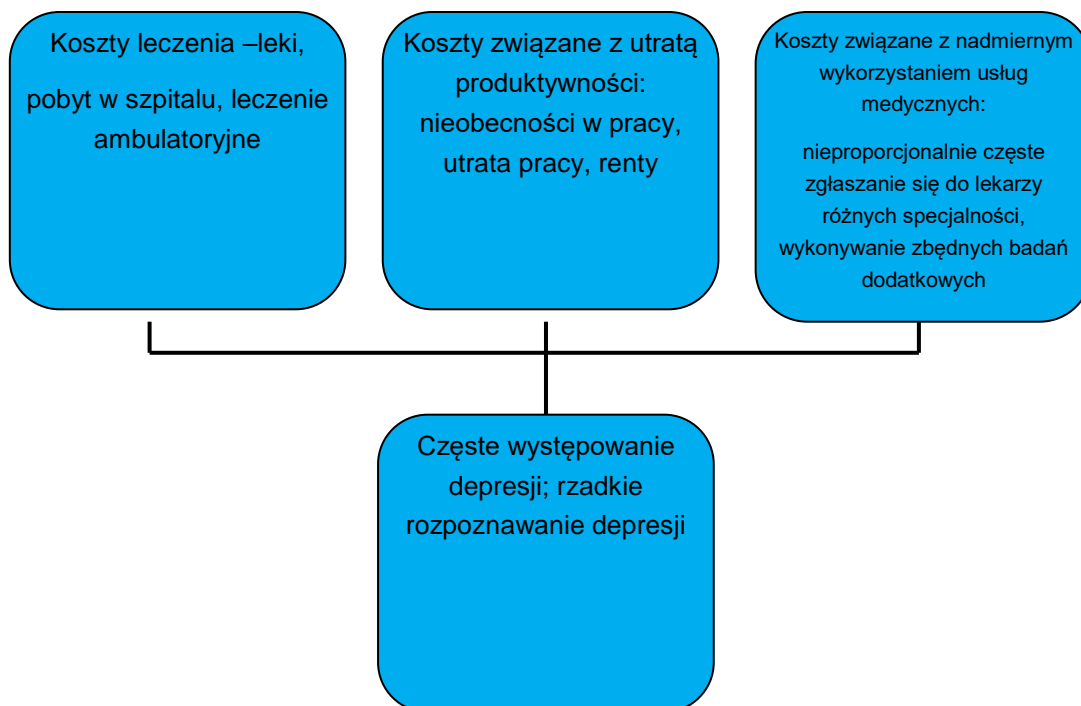
Depresja, która jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych (obecnie na świecie choruje na nią 350 mln ludzi, 1 na 20 osób stwierdza u siebie epizod depresji w minionym roku 2011¹), pociąga za sobą liczne i znaczne koszty bezpośrednie i pośrednie ponoszone przez pacjentów, ich rodziny, ubezpieczyciela, a w ostatecznej konsekwencji przez całe społeczeństwo. Na ryc. 5 przedstawiono rodzaje kosztów związanych z częstym występowaniem depresji.

¹⁵ Okumura Y., Higuchi T. Cost of depression among adults in Japan. The primary care companion to CNS disorders. 2011; 13(3).

¹⁶ Dewa C.S., Thompson A.H., Philip J. The association of treatment of depressive episodes and work productivity. Canadian Journal of Psychiatry. 2011; 56(12).

¹⁷ Fullerton A.C., Busch B.A., Normand S.T., McGuire T., Epstein A.M. Ten-year trends in quality of care and spending for depression. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68(12):1218-1226.

Rycina 5. Koszty związane z częstym występowaniem depresji i rzadkim rozpoznawaniem⁵



Z dostępnych ogólnie informacji wynika, że programy z zakresu profilaktyki depresji zostały wprowadzone do narodowych programów zdrowia w przynajmniej kilku innych krajach. Jednym z najbardziej znanych programów jest prowadzony w Australii program *Beyondblue*¹⁸, który został utworzony w 2000 r. jako pięcioletnia narodowa inicjatywa mająca na celu zwiększenie świadomości społecznej w zakresie wczesnego reagowania na zachowania depresyjne w najbliższym otoczeniu. Inicjatywa ta była odpowiedzią na prognozy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) o rosnącym, globalnym obciążeniu populacji depresją. W 2005 r. przeprowadzono badanie retrospektywne potwierdzające zwiększoną świadomość społeczną oraz poprawę leczenia depresji w Australii po realizacji głównych założeń omawianego programu¹⁹.

W Nowej Zelandii prowadzony jest Narodowy Program dotyczący Depresji (*National Depression Initiative, NDI*²⁰). Celem programu jest wczesne rozpoznawanie i odpowiednie leczenie depresji w kraju. Ramowymi zadaniami programu wynikającego ze zobowiązań nowozelandzkiego Ministerstwa Zdrowia są przede wszystkim wzmacnianie indywidualnych, rodzinnych oraz społecznych czynników zapobiegających występowaniu/rozwojowi depresji, a także poprawa reakcji społecznych, (w tym specjalistów w tym zakresie), na przypadki depresji.

W 2005 r. została także przeprowadzona analiza efektywności kosztowej 15 sesji terapii kognitywno-

¹⁸Program Beyondblue [online], Dostępny w Internecie:< <http://www.beyondblue.org.au/>>; dostęp z dnia 17.02.2013 r.

¹⁹ Jorm A.F., Christensen H., Griffiths KM. The impact of beyondblue – the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39:248-254.

²⁰Program National Depression Initiative [online], Dostęp w Internecie <<http://www.ndi.org.nz/index.php?q=content/about-ndi>>

behavioralnej jako jednej z interwencji stosowanej w leczeniu depresji u dzieci²¹. To randomizowane badanie kontrolne zostało przeprowadzone na grupie 94 dzieci w wieku od 13-18 r.ż. z objawami depresyjnymi o umiarkowanym nasileniu, jako dodatkowo wdrożony program prewencyjny do podstawowej opieki zdrowotnej. Komparatorem w badaniu była opieka podstawowa w tym zakresie, zawarta w kontrakcie pacjenta z HMO²². Oszacowano koszty stałe, zmienne, pośrednie oraz bezpośrednie. Przeprowadzona interwencja wykazała zwiększenie liczby dni wolnych od depresji (DFD – z ang. *depression-free days*) w badanej grupie (248 DFD w grupie kontrolnej (95%CI:214-283) vs 301 DFD w grupie eksperymentalnej (95%CI:279-320); p=0,01). Średni wzrost QALY w grupie eksperymentalnej wzrósł o 0,059, a DFD o 53. Wyliczono inkrementalny współczynnik efektywności kosztowej (ICER) w postaci kosztów (USD) 1 unikniętego dnia bez objawów depresji oraz kosztów/QALY. ICER wyniósł 10\$ (95%CI:-13-52\$) na każdy zyskany DFD oraz 9257\$ (95%CI:-12148-45641\$) na każdy zyskany QALY. Interwencję uznano za efektywną kosztowo.

4. Nowatorstwo zaproponowanych rozwiązań

Obecnie w Polsce nie istnieje systemowy program zapobiegania depresji, który byłby prowadzony na szczeblu krajowym.

5. Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń

W programie będą mogły być wykorzystane doświadczenia:

- a) z programów lokalnych przeprowadzonych przez województwo małopolskie oraz mazowieckie, w zakresie profilaktyki depresji,
- b) z przeprowadzonego badania „Epidemiologia zaburzeń psychicznych, a dostęp do opieki – EZOP Polska”,
- c) ze standardów metodycznych i zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie profilaktyki depresji,
- d) programów finansowanych ze środków Ministerstwa Zdrowia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, w tym Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- e) innych krajów przy wprowadzaniu tego typu programów, w tym m.in. Nowej Zelandii, Australii,
- f) wykorzystanie danych i metod z projektów innych resortów oraz organizacji, działających w podobnym obszarze (np. Ministerstwo Edukacji, projekt „Bezpieczna i Przyjazna Szkoła”; Fundacja ITAKA).

6. Wykorzystanie istniejących środków

Przy realizacji programu powinny być wykorzystane następujące środki:

²¹ Lynch FL., Hornbrook M., Clarke GN., Perrin N., Polen MR., O'Connor E., Dickerson J. Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry* 2005; 61(11):1241-1248.

²² HMO – z ang. *health maintenance organization* – odpowiednik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w Polsce

- a) aktualna baza danych epidemiologicznych dotycząca zdrowia psychicznego w Polsce, opracowana w ramach badań EZOP oraz innych projektów realizowanych w ramach NPOZP;
- b) wytyczne/rekomendacje dotyczące profilaktyki depresji: *Mental Health Action Plan 2013-2020 WHO*; *Edynburska Skala Depresji Poporodowej*²³; *Skala Becka*²⁴; *Beyondblue Clinical Practice Guideline*; *Depression in Adults NICE Guideline*²⁵; *Antenatal and Postnatal Mental Health*²⁶ i inne;
- c) przykłady dobrych praktyk: *Beyondblue Australia*; *The National Depression Initiative New Zealand*;
- d) wyspecjalizowana kadra naukowa i dydaktyczna (psycholodzy, psychiatry, pedagodzy, specjaliści zdrowia publicznego, przedstawiciele właściwych organizacji pozarządowych, konsultanci krajowi/wojewódzcy w dziedzinie psychiatrii, położne, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, dalej: POZ);
- e) świadczenia gwarantowane, finansowane ze środków publicznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (w tym wykorzystanie istniejących już programów badań profilaktycznych (młodzież szkolna, pracownicy, wizyty środowiskowe u kobiet w połogu) w celu dotarcia do grup potencjalnego ryzyka.

7. Promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami

Realizacja programu zakłada współpracę instytucji realizującej program z innymi ministerstwami i organizacjami (w tym z Ministerstwem Edukacji Narodowej, program „Bezpieczna i Przyjazna Szkoła”), lokalnymi samorządami i placówkami medycznymi w całym kraju oraz instytucjami, organizacjami i towarzystwami naukowymi (np. Fundacja ITAKA), których działalność związana jest z profilaktyką depresji i promocją ogólnie rozumianego zdrowia psychicznego.

8. Możliwość ponownego wykorzystania programu w przyszłości lub kontynuowania jego realizacji przez inne jednostki.

Proponowany program zakłada zapoczątkowanie systematycznej profilaktyki depresji w kraju.

Planowane jest prowadzenie bieżącego monitorowania oraz ewaluacji głównych założeń projektu, w celu kontroli efektywności programu. Na podstawie uzyskanych danych możliwa będzie kontynuacja

²³ Patrz rozdz. IX - załączniki

²⁴ Patrz rozdz. IX - załączniki

²⁵ NICE clinical guideline 90. Depression. The treatment and management of depression in adults. 2009. National Institute for Health and Clinical Excellence.

²⁶ NICE clinical guideline 45. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. 2007. National Institute for Health and Clinical Excellence.

programu na szczeblu krajowym we współpracy z organizacjami/jednostkami lokalnymi. Program może być realizowany do czasu uzyskania planowanej korzyści zdrowotnej społeczeństwa, w ramach możliwości finansowych. Do planowanych korzyści zdrowotnych należeć będą: zmniejszenie wskaźnika chorobowości i zapadalności na depresję/redukcja objawów depresyjnych w społeczeństwie polskim, zmniejszenie niekorzystnego/szkodliwego wpływu związanego z chorobą na funkcjonowanie społeczeństwa, poprawa indywidualnej jakości życia osób objętych ryzykiem zachorowania na depresję. W przypadku osiągniętej skuteczności programu planuje się rozszerzenie jego realizacji w dodatkowych populacjach (grupach społecznych), które nie zostały uwzględnione w bieżącym projekcie.

IV. Opis programu

1. Określenie, czy program stanowi kontynuację z lat ubiegłych

Program nie stanowi kontynuacji z lat ubiegłych.

2. Cele ogólne i szczegółowe;

Cel ogólny:

Wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych w Polsce poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych w tym zakresie.

Cele szczegółowe:

- a) Opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce,
- b) Edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu,
- c) Profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej.

3. Plan działań - opis działań, które mają doprowadzić do osiągnięcia celów

a) Opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji.

Planowaną interwencją będzie opracowanie rekomendacji odnośnie postępowania w zakresie szeroko rozumianej profilaktyki depresji, mających na celu wzmocnienie efektywności oraz skuteczności oferowanej obecnie opieki zdrowotnej nad osobami doświadczającymi zaburzeń depresyjnych. Obecnie problem depresji jest szczególnie widoczny wśród młodzieży, kobiet w okresie postnatalnym, jak również w populacji osób starszych (wskazują na to omawiane wcześniej badania EZOP oraz WHO).

Zgodnie z powyższym, identyfikacja obecnego poziomu wiedzy społeczeństwa, barier w zakresie

otrzymywanej opieki, jak również możliwych do wdrożenia rozwiązań w tym zakresie, wydaje się kwestią kluczową. Poprawa opieki nad osobami z objawami depresji wymaga zarówno rozwiązań z zakresu zdrowia publicznego, a więc dotyczącego ogółu populacji, jak również zmian w codziennej praktyce klinicznej (prawidłowe rozpoznanie choroby, odpowiednio wczesne wdrożenie leczenia).

Rekomendacje dotyczące tych działań zostaną przedstawione przez wybranych w drodze konkursu ofert realizatorów programu zgodnie z założeniami zdrowotnymi ministra właściwego do spraw zdrowia. Planowane opracowanie rekomendacji w omawianym zakresie miałyby również uwzględnić przykłady dobrych praktyk z innych krajów, a także potrzebę bieżącego pozyskiwania i analizowania informacji dotyczących epidemiologii depresji w kraju jak i na świecie.

Powyższe informacje będą stanowiły podstawę do przeprowadzenia właściwej kampanii społecznej oraz profilaktyki depresji w populacjach nią zagrożonych. Ponadto, opracowane rekomendacje będą służyć do poprawy jakości udzielanych świadczeń i realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programów zdrowotnych, jak również stanowić będą źródło wiedzy teoretycznej i praktycznej zarówno dla przedstawicieli władz, specjalistów w omawianej dziedzinie, jak i wszystkich osób zainteresowanych problematyką depresji. Ważnym elementem tej interwencji będzie również określenie poziomu wiedzy społeczeństwa po zakończeniu realizacji programu.

Zaleca się, aby wybrani realizatorzy programu posiadali udokumentowany dorobek naukowy, jak również wykazali się odpowiednią wiedzą z zakresu zdrowia publicznego, psychiatrii oraz epidemiologii.

b) Edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu.

Celem tego działania jest wzmocnienie indywidualnych, rodzinnych i społecznych czynników, które chronią przed zachorowaniem oraz skutkami zdrowotnymi depresji. Planuje się zatem opracowanie i przeprowadzenie odpowiedniej strategii medialnej. Interwencja ma objąć swoim zakresem jak największą możliwą do włączenia populację Rzeczypospolitej Polskiej. Z tego względu będzie miała ona charakter ogólnokrajowej kampanii społecznej podnoszącej świadomość społeczną w zakresie problemu zdrowotnego jakim jest depresja, metod radzenia sobie w przypadku wystąpienia objawów depresji, uwrażliwienia społecznego na osoby przejawiające objawy depresji, a także zapozna z aktualnymi możliwościami uzyskania pomocy/leczenia w omawianym temacie. Do realizacji tego celu zostaną zaproszone m.in.: organizacje pozarządowe, stowarzyszenia naukowe, radio, telewizja. Główne założenia kampanii będą opierać się na rekomendacjach opracowanych przez ekspertów wybranych w ramach realizacji interwencji pierwszej. Informacje dotyczące kampanii, jak również jej przesłanki, będą udostępnione na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, jak również na stronach internetowych wybranych w drodze konkursu ofert poszczególnych realizatorów programu. Przygotowane materiały promocyjne powinny być dostosowane do wieku odbiorcy.

c) Profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej.

Celem tego działania jest zapobieganie lub wczesne wykrywanie depresji w populacjach zagrożonych, poprzez wdrożenie rekomendowanych działań w zakresie występowania depresji w trzech grupach społecznych. Rekomendacje te zostaną szczegółowo opracowane przez realizatorów wybranych w ramach realizacji interwencji pierwszej i będą się skupiały na występowaniu depresji w trzech zagrożonych populacjach:

Depresja poporodowa

Depresja poporodowa od 1994 r. jest zaliczana do zaburzeń psychicznych wymagających leczenia. Obecnie szacuje się, że depresja poporodowa może wystąpić u co ósmej kobiety po urodzeniu dziecka. Z kolei u kobiet, u których w przeszłości wystąpił epizod depresji ryzyko wzrasta nawet dwukrotnie²⁷. Przeprowadzone dotąd randomizowane badania kliniczne sugerują, że nawet u 60% kobiet można stwierdzić występowanie objawów depresji związanej z gwałtownym spadkiem hormonów płciowych po porodzie²⁸. Ponadto, wyniki metaanalizy podsumowującej 59 badań epidemiologicznych wskazują, że rzeczywista częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie poporodowym wynosi ok. 13%⁶. Niestety depresja poporodowa bywa mylona z tzw. syndromem „baby blues”, a więc czasowym obniżeniem nastroju spowodowanym reakcją hormonalną organizmu na poród. Nie są to jednak pojęcia tożsame, a właściwa diagnoza zdaje się mieć tutaj znaczenie kluczowe. Samopoczucie matki wpływa bowiem na przyszły rozwój dziecka. Jednym z zalecanych sposobów oceny stanu psychicznego na tym etapie jest zastosowanie Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (z ang. *Edinburgh Postnatal Depression Scale – EDPS*; J L Cox, J M. Holden, R Sagovsky – 1987), składającej się z 10 pytań. Metoda ta jest obecnie zalecana przez SIGN²⁹. Planuje się udostępnienie personelowi oddziałów położniczych podobnej skali, opracowanej przez powołany do tego zespół ekspertów w ramach interwencji pierwszej, wraz z zaleconą metodą jej stosowania i możliwością kierowania pacjentek na dalsze leczenie dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. Należy pamiętać, że skala taka nie jest narzędziem diagnostycznym, a postawienie diagnozy depresji poporodowej wymaga profesjonalnej oceny klinicznej. Stworzony kwestionariusz, podobnie jak kwestionariusz EDPS, przeznaczony będzie do samodzielnego wypełniania. Zestaw zawartych w nim pytań, jak również szczegółowy instruktaż i zasadność jego stosowania zostaną określone przez ww. realizatorów.

Depresja młodzieńcza

Aktualne wyniki badań sugerują, że występowanie depresji w populacji młodzieży może dotyczyć nawet 20% z nich i to jeszcze przed ukończeniem 19 r.ż. Zwraca uwagę zwłaszcza fakt wyraźnego zwiększenia częstości hospitalizacji z powodu depresji w populacji dzieci i młodzieży w latach

²⁷ Bałkowiec-Iskra, Niewada M. Depresja poporodowa – rozpoznawanie i leczenie. *Przewodnik Lekarza*. 2002; 11(12):1024-110.

²⁸ Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Findling RL, Rapport D. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. *J. Clin. Psychiatry* 2001; 62: 82-6.

²⁹ SIGN – z ang. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*

1999-2009³⁰. Depresja młodzieńcza związana jest nierozdzielnie z trudnościami okresu adolescencji i zadaniami rozwojowymi tej fazy. Szczególne znaczenie ma konfrontacja możliwości młodych ludzi z oczekiwaniami samego dorastającego, jego rodziny oraz najbliższego otoczenia. Choć nad depresją osób dorosłych prowadzi się obecnie więcej badań, a jej charakterystyka jest znacznie lepiej poznana, to objawy depresji młodzieńczej mają wiele wspólnego z objawami depresji u dorosłych. Niemniej jednak, obraz kliniczny choroby jest często maskowany przez wybuchy złości, znużenie i zmęczenie, zachowania buntownicze, takie jak ucieczki z domu, wagary, zachowania autodestrukcyjne i antyspołeczne. Zwykle objawom depresji towarzyszą trudności szkolne, zrywanie kontaktów z rówieśnikami, pogorszenie się relacji z najbliższymi, zamknięcie się w sobie. Narastające objawy depresji u dorastającego wymagają szczególnej uwagi, gdyż doprowadzić mogą do próby samobójczej lub samobójstwa (80% samobójstw związanych jest z wcześniej występującymi zaburzeniami psychicznymi). Z dostępnych aktualnie dowodów naukowych wynika, że prewencyjne działania edukacyjno-psychologiczne mogą być skuteczną metodą zapobiegania depresji. Jeśli chodzi o prewencję zaburzeń zachowania, niepokoju czy depresji za pomocą terapii kognitywno-behawioralnej, w tym treningu umiejętności społecznych, to skuteczność wykazują programy celowane (wstępny screening w kierunku objawów depresji), które są efektywniejsze niż uniwersalne (niepoprzedzone screeniowaniem). Ponadto interwencję polegającą na terapii poznawczo-behawioralnej (15 godzinnych sesji) uznano za kosztowo efektywną z perspektywy społecznej w rocznym horyzoncie czasowym. Same interwencje psychologiczne nie są obecnie rekomendowane jako uniwersalna metoda zapobiegania objawom depresji w populacji młodzieży. Niemniej jednak, zaleca się zastosowanie interwencji poznawczo-behawioralnych, jako krótkoterminowych interwencji redukujących u młodzieży już istniejące objawy depresji³¹.

Na tym etapie działań planuje się prowadzenie profilaktyki depresji przez pielęgniarki szkolne³². Udostępnione im zostaną informacje dot. istoty prewencyjnych działań edukacyjno-psychologicznych za pomocą terapii kognitywno-behawioralnej, jak również narzędzia potrzebne do wczesnego wykrywania depresji wśród dzieci (np. na podstawie testu Becka³³ lub innego opracowanego przez zespół ekspertów testu). Strategia dotycząca tego etapu działań zostanie szczegółowo opracowana przez realizatorów wybranych w ramach realizacji interwencji pierwszej.

Terapia poznawczo-behawioralna u dzieci i młodzieży jest kombinacją strategii obejmujących techniki wpływające na zmianę zachowań oraz interwencji poznawczych mających na celu zmianę myślenia. Często jest ona wdrażana pośrednio, przez interwencje skierowane do nauczycieli, opiekunów, rodziców lub też bezpośrednio obejmuje dziecko, z wykorzystaniem interwencji werbalnych. Niezależnie od wieku, pacjent jest postrzegany jako równorzędny partner w podejmowaniu decyzji,

³⁰ Dokładne dane epidemiologiczne zostały przedstawione w opisie problemu zdrowotnego

³¹ Fullerton A.C., Busch B.A., Normand S.T., McGuire T., Epstein A.M. Ten-year trends in quality of care and spending for depression. Arch Gen Psychiatry. 2011.; 68(12):1218-1226.

³²Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86, z późn. zm.)

³³Autorem skali Becka - Beck Depression Inventory (BDI) - jest amerykański psychiatra Aaron Temkin Beck. Skala po raz pierwszy została opublikowana w 1961 roku

ustaleniu celów terapii i kryteriów dla zachowań pożądaných, a także w wyborze technik terapeutycznych jest aktywnym uczestnikiem terapii. Uczy się stosowania technik terapeutycznych, bierze częściową odpowiedzialność za ich wdrażanie, stara się zrozumieć własne zachowania, rozpoznawać jego składowe, szuka efektywnych sposobów jego zmiany. Dobór metody zależy przede wszystkim od wieku oraz poziomu funkcjonowania poznawczego dziecka. W przypadku małych dzieci, interwencje przyjmują zazwyczaj postać konsultacji z rodzicami, zaś w wieku przedszkolnym i szkolnym mogą dotyczyć już bezpośrednio dziecka z włączeniem rodziny i środowiska, np. szkolnego, przy czym obserwuje się małą skuteczność klasycznych technik poznawczych. W tej grupie wiekowej znajdują zastosowanie przede wszystkim interwencje behawioralne lub poznawcze oparte na prostych instrukcjach (dialog wewnętrzny, trening umiejętności społecznych i samokontroli). Adolescenci to grupa pacjentów, w której obserwuje się dobrą efektywność leczenia przy użyciu takich technik poznawczych, jak próba zmiany myśli automatycznych oraz poznawcze przeformułowanie³⁴.

Depresja osób w podeszłym wieku

Częstość jakichkolwiek zaburzeń depresyjnych w populacji osób po 65 r.ż. ocenia się na około 15-20%, a dużej depresji – na 2-5%³⁵. Spowodowane depresją próby samobójcze w tej grupie wiekowej są częściej skuteczne niż próby samobójcze w grupie osób młodszych. Niezmiernie istotne jest zatem wczesne diagnozowanie i podejmowanie prób leczenia tego zaburzenia. Ważnym problemem związanym z depresją w starszym wieku jest jej niska wykrywalność. Starsi ludzie, w obawie przed lekami przeciwdepresyjnymi i zaetykietowaniem jako „chorych na depresję” nie przyznają się, że dzieje się z nimi coś niedobrego. Co więcej, w jesieni życia zwiększa się liczba zaburzeń organicznych, których obraz może być podobny do depresji. W grupie osób starszych depresja może być mylona z otępieniem. Wraz z wiekiem zwiększa się także ogólna liczba chorób somatycznych, które dodatkowo utrudniają diagnozę zaburzeń depresyjnych. Ponadto, wśród osób starszych często stwierdza się występowanie trudnej do rozpoznania depresji o nietypowym obrazie (tzw. depresji maskowanej), w której zmiana nastroju i zaburzenia myślenia zostają przysłonięte przez objawy, mogące sugerować występowanie innego schorzenia psychicznego lub somatycznego. Przypuszcza się, że około 40% przypadków pozostaje nierozpoznanych. Niejednokrotnie postawienie właściwej diagnozy depresji w grupie osób starszych możliwe jest dopiero po uwzględnieniu w procesie diagnostycznym objawów charakterystycznych dla zaburzeń związanych z procesem starzenia się³⁶.

Zgodnie z opiniami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącymi lokalnych programów mających na celu zwalczanie depresji, nie rekomenduje się wykrywania depresji w ogólnej populacji osób dorosłych. Zaleca się natomiast screening w kierunku depresji w grupie osób starszych cierpiących na przewlekłe choroby somatyczne (m. in. nadciśnienie tętnicze), a także z zaburzeniami psychicznymi w historii choroby. Na tym etapie działań rozesłane zostanie narzędzie badawcze do wszystkich świadczeniodawców posiadających umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej

³⁴ Bryńska A. Psychoterapia behawioralno-poznawcza. [red.] Bilikiewicz A. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, PZWL, Warszawa 2003.

³⁵ Turczyński J., Bilikiewicz A, Depresja u osób w podeszłym wieku. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2002; 2(2):99-106.

³⁶ Rafał Albiński, Angelika Kleszczewska-Albińska, Sylwia Bedyńska, Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań. Psychiatria Polska 2011; 45(4):555–562

skierowanej do osób powyżej 65 r.ż.³⁷, tj. wybranych lekarzy medycyny rodzinnej oraz geriatrów, w celu wczesnego wykrycia ryzyka depresji. Narzędzie to zostanie szczegółowo opracowane przez realizatorów wybranych w ramach realizacji interwencji pierwszej. Już w 1983 r. opracowana została Geriatryczna Skala Depresji, przez Yesavage³⁸ i współpracowników, jako narzędzie przesiewowe umożliwiające dokonywanie oceny natężenia symptomów depresji u osób w starszym wieku. Składa się z 30 krótkich pytań z dwiema możliwościami odpowiedzi do wyboru (tak/nie). Pytania wchodzące w skład GDS zostały wybrane z puli stu pytań służących do oceny różnorodnych przejawów życia psychicznego związanych z depresją (nastroj, motywacja, objawy somatyczne, obraz „ja” itp.). Obecnie, brak jest w literaturze danych na temat standaryzowanej adaptacji tego narzędzia. Rekomendacje wydane przez realizatorów wybranych w ramach realizacji interwencji pierwszej będą obejmować także zakres ostatecznego zestawu pytań dotyczącego wykrywania depresji u osób starszych. Następnie skale te, zostaną udostępnione realizatorom profilaktyki depresji w grupach ryzyka (a więc jednostkom podstawowej opieki zdrowotnej i geriatrycznym). Standardowo stosuje się punktację, zgodnie z którą wynik od 0 do 10 punktów oznacza brak depresji, od 11 do 20 punktów wskazuje na lekką depresję, wynik zaś od 21 do 30 punktów sugeruje obecność głębokiej depresji. Zaprezentowane powyżej punkty odcięcia zapewniają optymalną czułość (84%) i specyficzność (95%) skali. Osoby z podejrzeniem depresji będą kierowane na dalsze konsultacje psychiatryczne i podjęte zostanie stosowne leczenie, dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych.

4. Sposób realizacji zadań

Program realizowany będzie na przestrzeni 5 lat. Okres ten jest podyktowany doświadczeniem innych państw realizujących narodowe programy zdrowotne z zakresu profilaktyki depresji. Sposób realizacji zadań przedstawiono poniżej:

- 1) Opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji:
 - a) przeprowadzenie konkursu ofert na realizatorów programu dotyczącego opracowania rekomendacji w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji, (zaleca się aby realizatorzy programu mieli doświadczenie zarówno w prowadzeniu badań epidemiologicznych, jak również w dziedzinie zdrowia publicznego i psychiatrii),
 - b) zgromadzenie przez wybranych realizatorów danych i przeprowadzenie analizy w zakresie skutecznych metod zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji,
 - c) opracowanie i udostępnienie Ministerstwu Zdrowia rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w formie plików pdf do pobrania,
 - d) bieżące monitorowanie przez ww. realizatorów efektów przeprowadzanych działań w programie; monitorowaniu podlegać będą zarówno efekty kampanii informacyjno-edukacyjnej, jak również działalność wybranych placówek edukacyjnych i systemów opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki depresji w wybranych grupach ryzyka (w tym jednostki POZ,

³⁷ Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, w Polsce osoby powyżej 65 r.ż. stanowią 14% populacji; wg Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2013, w 2012 r. Polskę zamieszkiwało 4900,3 tys. osób w wieku od 65-84 lat oraz 587,4 tys. osób powyżej 85 r.ż.

³⁸ Patrz rozdz. IX Załączniki

placówki edukacyjne, oddziały geriatryczne i położnicze), na podstawie określonych wcześniej metod działań i wskaźników,

- e) ewaluacja przez ww. realizatorów interwencji określonych w programie, w tym ewaluacja dostępnych danych krajowych o informacje/strategię dot. omawianego problemu zdrowotnego (raport z wykonanego zadania i uzyskanych efektów zdrowotnych, publikacje dot. przeprowadzonych badań epidemiologicznych, określonych rekomendacji) oraz działań wykonywanych przez wybrane jednostki (w tym jednostki POZ, placówki edukacyjne, oddziały geriatryczne i położnicze) i realizatorów kampanii medialnej, na podstawie określonych wcześniej metod działań i wskaźników.

2) Edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu:

- a) przeprowadzenie konkursu ofert na realizatora programu kampanii informacyjno-edukacyjnej,
- b) opracowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej skierowanej do całej populacji polskiej (kampania emitowana będzie na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia i w innych wyznaczonych przez realizatorów programu miejscach jak i formach), z uwzględnieniem rekomendacji opracowanych przez realizatorów interwencji pierwszej,
- c) bieżące udostępnianie realizatorom interwencji pierwszej informacji potrzebnych do prowadzenia monitorowania oraz ewaluacji tej części programu przez realizatorów kampanii informacyjno-edukacyjnej.

3) Profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej:

- a) przeprowadzenie konkursu ofert na realizatora oprawy graficznej, druku i dystrybucji materiałów informacyjnych,
- b) druk i dystrybucja materiałów informacyjnych (ulotek i plakatów) przygotowanych na podstawie rekomendacji opracowanych podczas interwencji pierwszej, do wszystkich jednostek POZ, oddziałów szpitalnych ginekologiczno-położniczych oraz geriatrycznych, a także do wszystkich pielęgniarek szkolnych, posiadających umowy zawarte z NFZ; łącznie maksymalnie **10 097** podmiotów),
- c) przeprowadzenie przez wskazanych realizatorów programu profilaktyki depresji (lekarzy POZ, geriatrów/pielęgniarki geriatryczne, położników/położne, pielęgniarki szkolne) na podstawie rekomendacji określonych przez realizatorów interwencji pierwszej,
- d) bieżące udostępnianie realizatorom interwencji pierwszej informacji potrzebnych do prowadzenia monitorowania oraz ewaluacji tej części programu przez ww. pracowników systemu opieki zdrowotnej,
- e) wręczenie nagród dla 10 najaktywniejszych podmiotów w formie materiałów edukacyjnych/publikacji; podmioty te wybrane zostaną na podstawie przeprowadzonej ewaluacji i metody wskazanej przez realizatorów wybranych w ramach interwencji pierwszej (np. największa ilość udostępnionych materiałów informacyjnych, dalszych skierowań do lekarza specjalisty psychiatrii, itp.).

Szacowana populacja zaproszona do realizacji programu została określona i przedstawiona poniżej na podstawie danych zestawionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ)³⁹:

- a) rodzaj świadczenia kontraktowanego przez NFZ – *podstawowa opieka zdrowotna*, liczba świadczeniodawców w 2014 r. – 6 229 (tab.8a),
- b) rodzaj świadczenia kontraktowanego przez NFZ – *leczenie szpitalne w zakresie ginekologia i położnictwo – hospitalizacja*; liczba świadczeniodawców w 2014 r. – 437 (tab.8b),
- c) rodzaj świadczenia kontraktowanego przez NFZ – *leczenie szpitalne w zakresie geriatrya – hospitalizacja*, liczba świadczeniodawców w 2014 r. – 34 (tab.8c),
- d) rodzaj świadczenia kontraktowanego przez NFZ - *podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia pielęgniarki szkolnej*, liczba świadczeniodawców w 2014 r. – **3 397** (tab. 8d).

Tabela 8a

Nazwa rozliczającego OW NFZ	Nazwa zakresu świadczeń zdrowotnych	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	Świadczenia lekarza POZ	497
KUJAWSKO-POMORSKI		307
LUBELSKI		430
LUBUSKI		190
ŁÓDZKI		448
MAŁOPOLSKI		468
MAZOWIECKI		676
OPOLSKI		186
PODKARPACKI		342
PODLASKI		237
POMORSKI		298
ŚLĄSKI		761
ŚWIĘTOKRZYSKI		183
WARMIŃSKO-MAZURSKI		279
WIELKOPOLSKI		628
ZACHODNIOPOMORSKI		299

³⁹ Narodowy Fundusz Zdrowia [online], Dostępny w Internecie: <<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=19&artnr=1483>>

SUMA:		6 299
--------------	--	--------------

Tabela 8b

Nazwa rozliczającego OW NFZ	Nazwa zakresu świadczeń zdrowotnych	Liczba świadczeniodawców (liczba oddziałów ginekologiczno-położniczych)
DOLNOŚLĄSKI	Leczenie szpitalne w zakresie ginekologii i położnictwa	28
KUJAWSKO-POMORSKI		29
LUBELSKI		33
LUBUSKI		15
ŁÓDZKI		28
MAŁOPOLSKI		30
MAZOWIECKI		54
OPOLSKI		12
PODKARPACKI		25
PODLASKI		18
POMORSKI		25
ŚLĄSKI		43
ŚWIĘTOKRZYSKI		14
WARMIŃSKO-MAZURSKI		21
WIELKOPOLSKI		40
ZACHODNIOPOMORSKI		22
SUMA:		

Tabela 8c

Nazwa rozliczającego OW NFZ	Nazwa zakresu świadczeń zdrowotnych	Liczba świadczeniodawców (liczba oddziałów geriatrycznych)
DOLNOŚLĄSKI		5
KUJAWSKO-POMORSKI		1
LUBELSKI		3

LUBUSKI	Leczenie szpitalne w zakresie geriatry	2
ŁÓDZKI		2
MAŁOPOLSKI		3
MAZOWIECKI		1
OPOLSKI		2
PODKARPACKI		2
PODLASKI		1
ŚLĄSKI		8
ŚWIĘTOKRZYSKI		1
WIELKOPOLSKI		2
ZACHODNIOPOMORSKI		1
SUMA:		

Tabela 8d

Nazwa rozliczającego OW NFZ	Nazwa zakresu świadczeń zdrowotnych	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	Świadczenia pielęgniarstwa szkolnej	250
KUJAWSKO-POMORSKI		243
LUBELSKI		260
LUBUSKI		146
ŁÓDZKI		227
MAŁOPOLSKI		309
MAZOWIECKI		381
OPOLSKI		72
PODKARPACKI		213
PODLASKI		103
POMORSKI		178
ŚLĄSKI		272
ŚWIĘTOKRZYSKI		139

WARMIŃSKO-MAZURSKI		145
WIELKOPOLSKI		361
ZACHODNIOPOMORSKI		98
SUMA:		3 397

Szacowana populacja zaproszonych do uczestnictwa programu osób, określona na podstawie Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2013 dla roku 2012: liczba osób powyżej 65 r.ż. - 4900,3 tys. osób w wieku od 65-84 lat oraz 587,4 tys. osób powyżej 85 r.ż.; liczba dzieci w wieku szkolnym – 7-19 r.ż. – 5 170, 7 tys. osób. W 2012 r. współczynnik dzietności wyniósł niespełna 1,3, co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) przypadało ok. 130 urodzonych dzieci. Według wstępnych szacunków w 2013 r. zarejestrowano 372 tys. urodzeń. Zgodnie z wykazem Ministerstwa Edukacji Narodowej, obecnie w Polsce funkcjonuje 34 515 szkół (w tym szkoła podstawowa, gimnazjum, zasadnicza szkoła zawodowa, liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, liceum uzupełniające, szkoła policealna, szkoła przysposabiająca do pracy)⁴⁰.

5. Źródła finansowania

- a) Program zostanie sfinansowany z budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia z części 46 – Zdrowie, działu – 851 – Ochrona zdrowia, rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej,
- b) udział własny realizatorów – brak, z zastrzeżeniem ustawy z dnia 14 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638),
- c) inne - brak.

6. Szczegółowy harmonogram działań wynikający z formy opisowej

Wyszczególnienie zadań	Lata				
	2016	2017	2018	2019	2020
Zadanie 1: Opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce					
1.1. przeprowadzenie konkursu ofert na wybór realizatorów opracowania rekomendacji	X				
1.2. zgromadzenie danych i przeprowadzenie analizy w zakresie skutecznych metod zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji	X	X			
1.3. opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji	X	X			

⁴⁰ Ministerstwo Edukacji Narodowej [online], Dostępny W Internecie: <<http://www.cie.men.gov.pl/index.php/dane-statystyczne/137.html>>

1.4. bieżące monitorowanie i ewaluacja działań podejmowanych w programie (dot. wszystkich interwencji zaplanowanych w programie)		X	X	X	
1.5. udostępnienie opracowanych rekomendacji postępowania kolejnym realizatorom programu oraz przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia w wersji elektronicznej (w formie plików pdf do pobrania)		X	X	X	X
1.6. ewaluacja końcowa programu (dot. wszystkich interwencji zaplanowanych w programie)					X
Zadanie 2: Edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu					
2.1. przeprowadzenie konkursu ofert na wybór realizatora kampanii informacyjno-edukacyjnej		X			
2.2. realizacja kampanii informacyjno-edukacyjnej skierowanej do całej populacji polskiej: - opracowanie (przygotowanie) kampanii zgodnie z rekomendacjami określonymi w interwencji 1.3 - przeprowadzenie kampanii za pomocą środków masowego przekazu,		X		X	X
Zadanie 3: Profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej					
3.1. przeprowadzenie konkursu ofert na wybór realizatora oprawy graficznej, druk i dystrybucję materiałów informacyjnych		X			
3.2. rozprowadzenie materiałów informacyjnych opracowanych przez ekspertów wybranych w ramach interwencji 1 przez Ministerstwo Zdrowia - oprawa graficzna - druk i dystrybucja materiałów informacyjnych (10 097 podmiotów otrzyma plakaty i ulotki)		X X			
3.3. przeprowadzenie przez wskazanych realizatorów programu (lekarze POZ, pielęgniarki szkolne, geriatrzy/pielęgniarki geriatryczne, położnicy/położne) profilaktyki depresji na podstawie			X	X	

rekomendacji określonych w interwencji 1					
3.4. nagrody dla 10 najaktywniejszych podmiotów w formie materiałów edukacyjnych/publikacji, wybranych przez realizatorów interwencji pierwszej na podstawie określonych przez nich wskaźników					X

7. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

- liczba osób, która została zaproszona do uczestnictwa w programie,
- liczba materiałów informacyjnych/edukacyjnych wydrukowanych oraz dostarczonych do uczestników programu (czyli do pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej pow. 65 r.ż., kobiet przebywających na oddział położniczych, młodzieży szkolnej),
- poziom wiedzy uczestników przed i po realizacji programu określony na podstawie narzędzia stworzonego przez realizatorów interwencji pierwszej,
- liczba osób, która zgłosiła się po poradę do wybranego pracownika systemu opieki zdrowotnej w omawianym zakresie w porównaniu z rokiem poprzedzającym realizację programu,
- poziom współczynnika zachorowalności na depresję w kraju przed i po realizacji programu,
- liczba opakowań leków przeciwdepresyjnych zrefundowanych przez NFZ,
- odsetek osób objętych Programem względem całkowitej planowanej populacji.

Ewaluację i monitorowanie programu będzie prowadzić Departament realizujący program we współpracy z Departamentem właściwym merytorycznie w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Zgodnie z postanowieniami umów zawartych przez Ministra Zdrowia na realizację programu, realizatorzy będą zobowiązani do przedstawienia kwartalnych sprawozdań z realizacji zadań objętych umową. Do 15 stycznia następnego roku realizator programu będzie zobowiązany do dokonania analizy stopnia realizacji działań podjętych w poprzednim roku.

V. Kosztorys (wydatki bieżące)

Wyszczególnienie zadań	Lata				
	planowane maksymalne koszty realizacji zadań (tys. zł)				
	2016 r.	2017 r.	2018 r.	2019 r.	2020 r.
	200 ⁴¹	2.150 ⁴²	2.202	2.255	2.309
Zadanie 1: Opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce					
1.1. przeprowadzenie konkursu ofert na wybór realizatorów opracowania rekomendacji	0	-	-	-	-
1.2. zgromadzenie danych i przeprowadzenie analizy w zakresie skutecznych metod zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji	200	100	-	-	-
1.3. opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji			-	-	-
1.4. bieżące monitorowanie i ewaluacja działań podejmowanych w programie (dot. wszystkich interwencji zaplanowanych w programie)	-	20	20	20	-
1.5. udostępnienie opracowanych rekomendacji postępowania kolejnym realizatorom programu oraz przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia w wersji elektronicznej (w formie plików pdf do pobrania)	-	0	0	0	0
1.6. ewaluacja końcowa programu (dot. wszystkich interwencji zaplanowanych w programie)	-	-	-	-	30
Zadanie 2: Edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu					
2.1. przeprowadzenie konkursu ofert na wybór realizatora kampanii informacyjno-edukacyjnej	-	0	-	-	-

⁴¹ Plan finansowy programu w roku 2016 nie uległ zmianie.

⁴² W roku 2017 plan finansowy program po zmianach wynosił 2 149 100,00 zł.

program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia
Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016 – 2020

2.2. realizacja kampanii informacyjno-edukacyjnej skierowanej do całej populacji polskiej: - opracowanie (przygotowanie) kampanii zgodnie z rekomendacjami określonymi w interwencji 1.3. - przeprowadzenie kampanii za pomocą środków masowego przekazu	-	40 ⁴³	-	-	-
	-	-	2.182	2.235	2.269
Zadanie 3: Profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej					
3.1. przeprowadzenie konkursu ofert na wybór realizatora oprawy graficznej, druk i dystrybucję materiałów informacyjnych	-	0	-	-	-
3.2. rozprowadzenie materiałów informacyjnych opracowanych przez ekspertów wybranych w ramach interwencji 1 przez Ministerstwo Zdrowia - oprawa graficzna - druk i dystrybucja materiałów informacyjnych (10 097 podmiotów otrzyma plakaty i ulotki)	-	3 ⁴⁴	-	-	-
	-	1.987 ⁴⁴	-	-	-
3.3. przeprowadzenie przez wskazanych realizatorów programu (POZ, pielęgniarki szkolne, geriatrzy, położne) profilaktyki depresji na podstawie rekomendacji określonych w interwencji 1	-	-	0	0	-
3.4. nagrody dla 10 najaktywniejszych podmiotów w formie materiałów edukacyjnych/publikacji, wybranych przez realizatorów interwencji pierwszej na podstawie określonych przez nich wskaźników	-	-	-	-	10

⁴³ W roku 2017 plan finansowy zadania po zmianach wynosił 1 029 100,00 zł.

⁴⁴ W roku 2017 plan finansowy zadania po zmianach wynosił 1 000 000,00 zł.

VI. Realizatorzy programu

Przepisy właściwe dotyczące wyboru realizatorów Programu określa art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.).

Realizatorzy programu finansowanego z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia będą wyłonieni w trybie przepisów zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2014 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 84, z późn. zm.), tj. w drodze postępowania konkursowego na podstawie kryteriów określonych w ogłoszeniu konkursowym. Informacja o postępowaniu konkursowym będzie ogłoszona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ministerstwa Zdrowia.

Ogólne kryteria wyboru realizatorów programu:

- a) realizatorzy programu zostaną wybrani w drodze otwartego konkursu ofert, ogłoszonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- b) od realizatorów interwencji pierwszej oczekuje się: posiadania interdyscyplinarnej kadry wyspecjalizowanej w profilaktyce i leczeniu zaburzeń psychicznych, w tym zachowań depresyjnych, posiadania specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego, zdrowia publicznego m.in. psycholog lub psycholog kliniczny; prowadzenie badań naukowych w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych; posiadanie uznanego dorobku, wynikającego z wykonywania badań naukowych i zadań wdrożeniowych, które stanowią przedmiot programu; posiadanie doświadczenia w edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz podmiotów związanych z problematyką programu;

Realizatorem zadania 1 Programu może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (D. U z 2011 r., Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 4 ust. 1 wyżej przywołanej ustawy podmiotami leczniczymi są:

1. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 2168) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
3. jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.),
4. instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1158),
5. fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- 5a. posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt. 5,
6. osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku

Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania - w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

- c) od realizatorów interwencji drugiej oczekuje się umiejętności i doświadczenia w prowadzeniu kampanii społecznej oraz wcześniejszej współpracy z jednostkami zajmującymi się zagadnieniami z zakresu zdrowia publicznego.

Realizatorem zadania 2 i 3 Programu może być podmiot specjalizujący się w działaniach promocyjnych i marketingowych m.in. Agencja Reklamowa, Agencja PR, Dom Mediowy lub inna organizacja, której wiedza i doświadczenie pozwoli na prawidłową realizację zadania. Powyższe podmioty powinny współpracować z interdyscyplinarną kadrą wyspecjalizowaną w profilaktyce i leczeniu zaburzeń psychicznych, specjalistami z zakresu zdrowia psychicznego lub zdrowia publicznego, posiadać doświadczenie w wykonywaniu badań naukowych lub edukacji zdrowotnej społeczeństwa.

VII. Kontynuacja działań podjętych w programie

Programy z zakresu promocji zdrowia psychicznego, w tym profilaktyki depresji, powinny mieć charakter ciągły. Badania epidemiologiczne dotyczące stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa powinny być prowadzone systematycznie, minimum co 5 lat. Regularna ocena skuteczności prowadzonych działań, na podstawie prowadzonego monitoringu oraz ewaluacji projektu, pozwoli na realizację prawidłowych działań profilaktycznych, jak również umożliwi przygotowanie nowego projektu działań z zakresu profilaktyki. Działania będą prowadzone do czasu uzyskania planowanej korzyści zdrowotnej w społeczeństwie.

Planuje się, iż po zakończeniu realizacji programu świadomość społeczeństwa na temat zaburzeń psychicznych oraz czynników ryzyka depresji może ulec wzrostowi. Opracowany system poradnictwa psychiatrycznego w ramach POZ i leczenia stacjonarnego będzie mógł być w miarę potrzeb i rozwijającej się wiedzy na bieżąco udoskonalany. Szerokie grono społeczeństwa będzie mogło korzystać z przekazanej wiedzy i informacji. Materiały informacyjno-edukacyjne, które zostaną przygotowane i wydane w ramach realizacji programu, będą ogólnodostępne w wersji elektronicznej. Zasadnym jest, aby na podstawie wyników z przeprowadzonego monitoringu działań i uzyskanych rezultatów został opracowany program zdrowotny na kolejne lata. Przewiduje się, iż w trakcie realizacji programu identyfikowane będą kolejne populacje/grupy społeczne wymagające podjęcia działań z zakresu profilaktyki depresji w przyszłości.

VIII. Załączniki – przykłady kwestionariuszy przeznaczonych do samodzielnego wypełniania

1) Kwestionariusz EPDS *

Zakreśl odpowiedź charakteryzującą twoje samopoczucie w ciągu ostatnich 7 dni
1. Jestem zdolna do śmiania się <ul style="list-style-type: none">• tak często jak zazwyczaj (0 punktów)• trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)• zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)• zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)
2. Patrzę w przyszłość z nadzieją <ul style="list-style-type: none">• tak jak zawsze (0 punktów)• rzadziej niż zawsze (1 punkt)• zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)• nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)
3. Obwiniam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało <ul style="list-style-type: none">• tak, w większości przypadków (3 punkty)• tak, czasami (2 punkty)• rzadko (1 punkt)• wcale (0 punktów)
4. Bez istotnej przyczyny odczuwam lęk i niepokoje się <ul style="list-style-type: none">• zupełnie nie (0 punktów)• raczej nie (1 punkt)• czasami (2 punkty)• tak, bardzo często (3 punkty)
5. Czuję się przestraszona i wpadam w panikę bez większych powodów <ul style="list-style-type: none">• tak, często (3 punkty)

<ul style="list-style-type: none">• czasami (2 punkty)• nie, raczej nie (1 punkt)• nie, nigdy (0 punktów)
<p>6. Wydarzenia przerastają mnie</p> <ul style="list-style-type: none">• tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)• czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)• przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)• radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)
<p>7. Czuję się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy</p> <ul style="list-style-type: none">• tak, przez większość czasu (3 punkty)• tak czasami (2 punkty)• rzadko (1 punkt)• nie, wcale nie (0 punktów)
<p>8. Czuję się samotna i nieszczęśliwa</p> <ul style="list-style-type: none">• tak, przez większość czasu (3 punkty)• tak, dość często (2 punkty)• niezbyt często (1 punkt)• nie, wcale nie (0 punktów)
<p>9. Czuję się tak nieszczęśliwa, że płaczę</p> <ul style="list-style-type: none">• tak, przez większość czasu (3 punkty)• tak, dość często (2 punkty)• tylko sporadycznie (1 punkt)• nie, wcale nie (0 punktów)
<p>10. Zdarza się, że myślę o zrobieniu sobie krzywdy</p> <ul style="list-style-type: none">• tak, dość często (3 punkty)• czasami (2 punkty)• bardzo rzadko (1 punkt)

• nigdy (0 punktów)

**Opracowanie własne na podstawie: Edinburgh Postnatal Depression Scale – EDPS; J L Cox, J M. Holden, R Sagovsky – 198; kwestionariusz stanowi jedynie przykład narzędzia możliwego do zastosowania w omawianym projekcie, pytania umieszczone w kwestionariuszu zostaną zweryfikowane oraz ponownie opracowane przez realizatorów programu wybranych w ramach interwencji pierwszej;*

2) Kwestionariusz Becka*

0. Nie jestem smutny ani przygnębiony 1. Odczuwam często smutek i przygnębienie 2. Przeżywam stale smutek i przygnębienie, nie mogę uwolnić się od tych przeżyć 3. Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania
0. Nie przejmuję się zbyt przyszością 1. Często martwię się o przyszłość 2. Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka 3. Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni
0. Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań 1. Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni 2. Kiedy spoglądam na to co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań 3. Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle
0. To co robię sprawia mi przyjemność 1. Nie cieszy mnie to co robię 2. Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia 3. Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży
0. Nie czuję się winny ani wobec siebie ani wobec innych 1. Dość często miewam wyrzuty sumienia 2. Czuję często, że zawiniłem 3. Stale czuję się winnym
0. Sądzę, że nie zasługuję na karę 1. Sądzę, że zasługuję na karę 2. Spodziewam się ukarania 3. Wiem, że jestem karany (lub ukarany)

<p>0. Jestem z siebie zadowolony</p> <p>1. Nie jestem z siebie zadowolony</p> <p>2. Czuję do siebie niechęć</p> <p>3. Nienawidzę siebie</p>
<p>0. Nie czuję się gorszy od innych ludzi</p> <p>1. Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy</p> <p>2. Stale potępiam siebie za popełnione błędy</p> <p>3. Winię siebie za wszystko zło, które istnieje</p>
<p>0. Nie myślę o odebraniu sobie życia</p> <p>1. Myślę o samobójstwie, ale nie mógłbym tego dokonać</p> <p>2. Pragnę odebrać sobie życie</p> <p>3. Popelnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność</p>
<p>0. Nie płaczę częściej niż zwykle</p> <p>1. Płaczę częściej niż dawniej</p> <p>2. Ciągłe chce mi się płakać</p> <p>3. Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie</p>
<p>0. Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej</p> <p>1. Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej</p> <p>2. Jestem stale rozdrażniony</p> <p>3. Wszystko to, co dawniej mnie denerwowało, teraz nic mnie nie obchodzi</p>
<p>0. Ludzie interesują mnie jak dawniej.</p> <p>1. Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej</p> <p>2. Utraciłem większość zainteresowania innymi ludźmi</p> <p>4. Utraciłem wszelkie zainteresowanie innymi ludźmi</p>
<p>0. Decyzję podejmuję łatwo, tak jak dawniej</p> <p>1. Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji</p> <p>2. Mam duże trudności z podjęciem decyzji</p> <p>3. Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji</p>
<p>0. Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej</p> <p>1. Martwię się tym, że wyglądam staro i nieatrakcyjnie</p>

2. Czuję, że wyglądam coraz gorzej 3. Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco
0. Mogę pracować jak dawniej 1. Z trudem rozpoczynam każdą czynność 2. Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do robienia czegokolwiek 3. Nie jestem w stanie nic robić
0. Sypiam dobrze, jak zwykle 1. Sypiam gorzej niż dawniej 2. Rano budzę się 1-2 godziny wcześniej i trudno mi jest ponownie usnąć 3. Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę ponownie usnąć
0. Nie męczę się bardziej niż dawniej 1. Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio 2. Męczę się wszystkim co robię 3. Jestem zbyt zmęczony aby cokolwiek robić
0. Mam apetyt nie gorszy niż dawniej 1. Mam trochę gorszy apetyt 2. Apetyt mam wyraźnie gorszy 3. Nie mam w ogóle apetytu
0. Nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca) 1. Straciłem na wadze więcej niż 2 kg 2. Straciłem na wadze więcej niż 4 kg 3. Straciłem na wadze więcej niż 6 kg
0. Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze 1. Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle 2. Stan mego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę 3. Bardzo martwię się o swoje zdrowie, nie mogę o niczym innym myśleć

**Na podstawie publikacji polskiej adaptacji Skali Depresji Becka: Parnowski T., Jernajczyk W. (1977) Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa), Psychiatria Polska, 11, str. 417-425, kwestionariusz stanowi jedynie przykład narzędzia możliwego do zastosowania w omawianym projekcie, pytania umieszczone w kwestionariuszu zostaną zweryfikowane oraz ponownie opracowane przez realizatorów programu wybranych w ramach interwencji pierwszej.*

3) Geriatryczna Skala Depresji*

1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)? Tak/nie*
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań? Tak*/nie
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste? Tak*/nie
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)? Tak*/nie
5. Czy myśli Pan(i) z nadzieją o przyszłości? Tak/nie*
6. Czy miewa Pan(i) natrętne myśli, których nie może się Pan(i) pozbyć? Tak*/nie
7. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu? Tak/nie*
8. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego? Tak*/nie
9. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)? Tak/nie*
10. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)? Tak*/nie
11. Czy często jest Pan(i) niespokojny(a)? Tak*/nie
12. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać? Tak*/nie
13. Czy często martwi się Pan(i) o przyszłość? Tak*/nie
14. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie? Tak*/nie
15. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć? Tak/nie*
16. Czy często czuje się Pan(i) przygnębiony(a) i smutny(a)? Tak*/nie
17. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi? Tak*/nie
18. Czy martwi się Pan(i) tym, co zdarzyło się w przeszłości? Tak*/nie
19. Czy uważa Pan(i), że życie jest ciekawe? Tak/nie*
20. Czy trudno jest Panu(i) realizować nowe pomysły? Tak*/nie
21. Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii? Tak/nie*
22. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna? Tak*/nie
23. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)? Tak*/nie

24. Czy drobne rzeczy często wyprowadzają Pana(ią) z równowagi? Tak*/nie
25. Czy często chce się Panu(i) płakać? Tak*/nie
26. Czy ma Pan(i) kłopoty z koncentracją uwagi? Tak*/nie
27. Czy rano budzi się Pan(i) w dobrym nastroju? Tak/nie*
28. Czy ostatnio unika Pan(i) spotkań towarzyskich? Tak*/nie
29. Czy łatwo podejmuje Pan(i) decyzje? Tak/nie*
30. Czy zdolność Pan(i) myślenia jest taka sama jak dawniej? Tak/nie*

**Odpowiedź klasyfikowana jako predysponująca do wystąpienia depresji; opracowano na podstawie Yesavage 198.*

kwestionariusz stanowi jedynie przykład narzędzia możliwego do zastosowania w omawianym projekcie, pytania umieszczone w kwestionariuszu zostaną zweryfikowane oraz ponownie opracowane przez realizatorów programu wybranych w ramach interwencji pierwszej .

IX Bibliografia:

- 1) Marcus M. Yasamy T.M., van Ommeren M., Chisholm D., Saxena S. Depression. A global Public health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. 2012. World Health Organization.
- 2) World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization 2013.
- 3) Instytut Psychiatrii i Neurologii. Akademia Medyczna we Wrocławiu. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska. 2012.
- 4) Moskalewicz J., Boguszewska L. Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje. W: Szymborski J. Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. Warszawa. Rządowa Rada Ludności. 2012.
- 5) Turno M. One są wśród nas. Dziecko z depresją w przedszkolu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji Ministerstwa Edukacji Narodowej. 2014
- 6) O'Hara W.M., Swain M.A. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996; 8(1):37-54.
- 7) Meeks T.W., Vahia I. V., Lavretsky H., Kulkarni G., Jeste D. V. (2011). A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. J. Affect. Disord. 129, 126–142.
- 8) Jonkers C.C.M., Lamers F., Bosma H., Metsemakers J.F.M. The effectiveness of a minimal psychological intervention on self-management beliefs and behaviors in depressed chronically ill elderly persons: A randomized trial. International Psychogeriatrics 2012; 24(2): 288-297.
- 9) Święcicki Ł. Opracowanie w ramach realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ramowy program zapobiegania depresji. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.
- 10) Pużyński S., Depresje i zaburzenia afektywne, Wyd. 5, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008, ISBN 9788320038286
- 11) Okumura Y., Higuchi T. Cost of depression among adults in Japan. The primary care companion to CNS disorders. 2011; 13(3).
- 12) Dewa C.S., Thompson A.H., Philip J. The association of treatment of depressive episodes and work productivity. Canadian Journal of Psychiatry. 2011; 56(12).
- 13) Fullerton A.C., Busch B.A., Normand S.T., McGuire T., Epstein A.M. Ten-year trends in quality of care and spending for depression. Arch Gen Psychiatry. 2011;; 68(12):1218-1226.
- 14) Program Beyondblue [online], Dostępny W Internecie: <<http://www.beyondblue.org.au/>> ; dostęp z dnia 17.02.2013 r.
- 15) Jorn A.F., Christensen H., Griffiths KM. The impact of beyondblue – the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2005; 39:248-254.
- 16) Program: National Depression Initiative [online], Dostępny W Internecie: <<http://www.ndi.org.nz/index.php?q=content/about-ndi>>
- 17) Lynch FL., Hornbrook M., Clarke GN., Perrin N., Polen MR., O'Connor E., Dickerson J. Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. Archives of General Psychiatry 2005; 61(11):1241-1248.

- 18) NICE clinical guideline 90. Depression. The treatment and management of depression in adults. 2009. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- 19) NICE clinical guideline 45. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. 2007. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- 20) Bałkowiec-Iskra, Niewada M. Depresja poporodowa – rozpoznawanie i leczenie. Przewodnik Lekarza. 2002; 11(12):1024-110.
- 21) Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Findling RL, Rapport D. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. J. Clin. Psychiatry 2001; 62: 82-6.
- 22) Bryńska A. Psychoterapia behawioralno-poznawcza. [red.] Bilikiewicz A. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, PZWL, Warszawa 2003.
- 23) Turczyński J., Bilikiewicz A, Depresja u osób w podeszłym wieku. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2002; 2(2):99-106.
- 24) Rafał Albiński, Angelika Kleszczewska-Albińska, Sylwia Bedyńska, Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań. Psychiatria Polska 2011; 45(4):555–562.
- 25) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J. Psychiatr. Res. 1983; 17: 37–49.