

Projekt

**UCHWAŁA NR
RADY MIASTA MARKI**

z dnia 2024 r.

w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 18 ust. 2 pkt 15 i art. 58 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2023 r. poz. 40, 572, 1463 i 1688) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146) Rada Miasta Marki uchwala co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026” w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Marki.

§ 3. 1. Uchwała wchodzi w życie z dniem ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.

2. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.



Załącznik do uchwały Nr / /2024
Rady Miasta Marki
z dnia _____ 2024 r.

**PROGRAM PROFILAKTYKI ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH WŚRÓD
NASTOLATKÓW UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZKÓŁ NA TERENIE GMINY
MIASTA MARKI NA LATA 2024-2026**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.)



**PROGRAM PROFILAKTYKI ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH WŚRÓD NASTOLATKÓW
UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZKÓŁ NA TERENIE GMINY MIASTA MARKI NA LATA 2024-2026**

Nazwa programu:

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026

Okres realizacji programu: 2024-2026

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

Dokument opracowano pod kierunkiem Ady Gajek – Głównego Specjalisty Wydziału Promocji, Zdrowia i Sportu UM Marki

Kontynuacja/trwałość programu:

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

Dane kontaktowe:

Urząd Miasta Marki

al. Marszałka Józefa Piłsudskiego 95

05-270 Marki

Tel: (22) 781 10 03

e-mail: ada.gajek@marki.pl

Data opracowania programu: grudzień 2023

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	8
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	11
1. Cel główny:	11
2. Cele szczegółowe:	11
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:.....	11
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	11
1. Populacja docelowa	12
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	12
3. Planowane interwencje:.....	13
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	20
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ..	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	21
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:.....	21
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	21
3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej	22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Monitorowanie.....	23
2. Ewaluacja.....	23
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	24
1. Koszty jednostkowe	24
2. Planowane koszty całkowite:	25
3. Źródła finansowania.	26
Spis tabel:.....	27
Bibliografia:.....	28
Załączniki	30

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

1. Opis problemu zdrowotnego

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

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

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

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

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

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

Do najczęstszych objawów depresji należą⁵:

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

Trudnościami okresu adolescencji i zadaniami rozwojowymi tej fazy może towarzyszyć depresja młodzieńcza. Szczególne znaczenie ma konfrontacja swoich możliwości z oczekiwaniami samego dorastającego, jego rodzinny i najbliższego otoczenia. Objawy depresji młodzieńczej mają wiele wspólnego z objawami depresji u dorosłych, jednak obraz kliniczny maskują częściej wybuchy złości, znudzenie i zmęczenie. Ponadto objawom depresji towarzyszą trudności szkolne, zrywanie kontaktów z rówieśnikami, pogorszenie się relacji z najbliższymi. Wyróżnia się kilka postaci depresji młodzieńczej⁶:

- depresja „czysta” - obniżony nastrój i napęd psychoruchowy, lęk przed przyszłością,
- depresja „rezygnacyjna” - trudności w nauce, poczucie bezsensu życia, tendencje i próby samobójcze,

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

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

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

- depresja „z niepokojem” - dominuje tu niepokój, dysforia i zachowania autodestrukcyjne,
- depresja „hipochondryczna” - dominuje tu niepokój o własne zdrowie i somatyczne objawy lęku.

Objawy depresji u nastolatków nie różnią się znacząco w porównaniu do osób dorosłych, jednak niektóre z nich są częstsze i manifestują się pod postacią autoagresji, np.: samookaleczenia (rozmyślne uszkodzanie swojego ciała przez cięcie się ostrymi przedmiotami, przypalanie zapalniczką, papierosem, drapanie, gryzienie i tym podobne), rozmyślne zadawanie sobie bólu, zażywanie w nadmiarze leków w celu „zatrucia się” (ale nie w celu odebrania sobie życia), myśli rezygnacyjne („życie jest bez sensu”, „po co ja żyję”), fantazje na temat śmierci („co by było, gdybym umarł?”, „innym byłoby lepiej, gdyby mnie nie było”) oraz myśli samobójcze (rozmyślanie, fantazjowanie na temat odebrania sobie życia), tendencje samobójcze (planowanie lub czynienie przygotowań do popełnienia samobójstwa), a w skrajnych przypadkach – próby samobójcze, czyli podejmowanie bezpośrednich działań mających na celu odebranie sobie życia⁷.

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

- psychoedukację – zapewnienie dziecku i jego opiekunom informacji na temat objawów, przyczyn i metod leczenia depresji oraz sposobów postępowania w konkretnych sytuacjach;
- psychoterapię – w postaci terapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej, przy czym ich łączenie jest zwykle korzystne. Szczególne znaczenie ma terapia rodzinna, w przypadku młodszych dzieci skuteczne oddziaływania terapeutyczne bez zaangażowania rodziców/opiekunów są praktycznie niemożliwe. Psychoterapia grupowa jest wskazana szczególnie dla dzieci i nastolatków, którzy doświadczają trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej i mają tendencje do wycofywania się z relacji koleżeńskich.

W uzasadnionych przypadkach stosowana jest również farmakoterapia. Należy rozważyć włączenie leków wtedy, gdy nasilenie objawów utrudnia dziecku

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

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

codzienne funkcjonowanie, a same oddziaływania terapeutycznie nie przynoszą zadowalających efektów. Warto jednak pamiętać, że stosowanie leków jest metodą uzupełniającą dla psychoterapii⁹.

2. Dane epidemiologiczne

Według WHO łączna liczba osób żyjących z depresją na świecie wynosi 350 mln i stanowi 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami. Jest to również jedna z najczęstszych przyczyn ogólnoświatowej niepełnosprawności. Statystyki wskazują, że na zaburzenia psychiczne zapada od 10% do 20% dzieci i młodzieży, a samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej w skali świata¹⁰. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży ma istotny wpływ na wszystkie dziedziny życia, takie jak wyniki w szkole, relacje z rodziną i przyjaciółmi oraz zdolność do uczestniczenia w życiu społecznym. Niestety rozpowszechnienie chorób psychicznych wykazuje na świecie tendencję wzrostową i szacuje się, że ten niekorzystny trend zostanie utrzymany przynajmniej w ciągu najbliższej dekady¹¹. W grupie dzieci chorujących na depresję zapada 1% dzieci w wieku powyżej 2 r.ż., 2% w wieku 6-12 lat, natomiast wśród nastolatków rozpowszechnienie jest zbliżone do osób dorosłych i wynosi 20%. Zachorowanie we wczesnym wieku niesie ze sobą ryzyko nawrotów w późniejszym okresie życia¹².

Poważną konsekwencją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania są samobójstwa, stanowiące bardzo częstą przyczynę zgonu wśród osób młodych. Według danych WHO, w ciągu ostatnich 45 lat liczba samobójstw na świecie wzrosła o 60%. Wzrasta liczba samobójstw popełnianych przez ludzi młodych, gdzie około 90% przypadków jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki i inne¹³.

W roku 2021 w opiece psychiatrycznej leczono ponad 211 tys. pacjentów poniżej 18 r. ż., w tym 12,8 tys. z powodu zaburzeń nastroju. W województwie mazowieckim było to odpowiednio ponad 35,9 tys. oraz 1,94 tys. pacjentów małoletnich (w tym ok.

⁹ Ibidem.

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

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

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

¹³ Biechowska D., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, W: Wojtyniak B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020, s. 517-534.

78% dziewcząt). Wskaźnik pacjentów/100 tys. ludności (184) był bardzo zbliżony do wskaźnika ogólnopolskiego (183,7). Liczba dzieci i młodzieży, leczonych z powodu zaburzeń nastroju, wzrosła od 2018 roku prawie 2-krotnie (było to wówczas ok. 1 tys. osób). W roku 2021 zaburzenia nastroju dotyczyły głównie małoletnich w wieku 12-17 lat (ok 96%). Najczęstszym rozpoznaniem w tej grupie był epizod depresyjny (85,8% ogółu)¹⁴.

3. Opis obecnego postępowania

Osobom cierpiącym na choroby psychiczne i zaburzenia zachowania przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w ramach finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia gwarantowane w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, dziennych oraz stacjonarnych. Chorzy korzystający ze świadczeń ambulatoryjnych mają zagwarantowane świadczenia terapeutyczne, konieczne badania diagnostyczne oraz leki niezbędne w stanach nagłych. Ponadto w ramach tego zakresu świadczeń gwarantuje się także działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin pacjentów, co ma szczególne znaczenie w przypadku dzieci i młodzieży. W ramach świadczeń realizowanych w warunkach dziennych pacjent ma dostęp do świadczeń terapeutycznych, niezbędnych badań diagnostycznych, programów terapeutycznych, leków oraz wyżywienia. Członkowie rodziny pacjenta także w tym przypadku mogą korzystać z działań edukacyjno-konsultacyjnych.

Z kolei pacjenci korzystający z usług w warunkach stacjonarnych mają dostęp do wszystkich ww. świadczeń, a także dodatkowo do wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych¹⁵.

O zdrowie psychiczne małoletnich dbają także publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne, udzielające dzieciom i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a także udzielające rodzicom i nauczycielom pomocy związanej z wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży. Podmioty te wspierają także przedszkola, szkoły i placówki w zakresie realizacji zadań dydaktycznych,

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

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.].

wychowawczych i opiekuńczych. Poradnie specjalistyczne prowadzą działalność ukierunkowaną na specyficzny, jednorodny charakter problemów, z uwzględnieniem potrzeb lokalnej społeczności¹⁶.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Dane epidemiologiczne wskazują na znaczne rozpowszechnienie problemów zdrowia mentalnego wśród dzieci i młodzieży, dodatkowo pogłębione w wyniku pandemii COVID-19 i związanej z nią izolacji społecznej. Jednocześnie skala zachorowań na choroby psychiczne, przede wszystkim na depresję, jest niewątpliwie niedoszacowana. Wynika to z wielu powodów, m.in. zbyt późnego dostrzeżenia problemu przez rodziców dziecka lub środowisko szkolne, bagatelizowania objawów lub kładzenia ich na karb okresu dojrzewania. Często też objawy depresji są u dzieci i młodzieży maskowane pod postacią zaburzeń somatycznych, co dodatkowo utrudnia diagnozę. Stąd każde działanie mogące się przyczynić do poprawy tej trudnej sytuacji jest wysoce pożądane. Szczególną uwagę należy przy tym zwrócić na psychoedukację, zarówno osób młodych jak i dorosłych, aby zwiększać poziom wiedzy i akceptacji wobec osób borykających się z podobnymi problemami. Zgodnie z wnioskami płynącymi z aktualnych Map Potrzeb Zdrowotnych obecny system ochrony zdrowia w zakresie opieki psychiatrycznej nie odpowiada rzeczywistym potrzebom pacjentów. Na brak zgłaszalności lub kontynuacji procesu leczenia w opiece zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych może mieć również wpływ stygmatyzacja społeczna. Z tego względu wartości chorobowości szpitalnej w publicznej opiece zdrowotnej mogą różnić się od rzeczywistych¹⁷. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie Miasta Gminy Marki dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna dla dzieci, finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z danymi NFZ na rok 2023 nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych [Dz.U. z 2017 r., poz. 1647 ze zm.].

¹⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69 ze zm.].

w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy¹⁸. Ponadto zaplanowane działania wpisują się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ ich zakres jest zgodny z:

1. Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025¹⁹: cel operacyjny 3: Promocja zdrowia psychicznego;
2. Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030²⁰: cel szczegółowy: udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom
3. Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²¹, priorytet 5: zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
4. Mapą potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026: rekomendacja 7.8. dla województwa mazowieckiego: Zwiększenie dostępu do świadczeń poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dzieci;
5. **Wojewódzkim planem transformacji województwa mazowieckiego na lata 2022-2026²²**: rekomendacja 7.5. Zwiększenie dostępu do świadczeń poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dzieci.

¹⁸ Dane NFZ, Informator o umowach [<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>]; dostęp: 04.12.2023r.].

¹⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz. U. z 2021 r., poz. 642 ze zm.].

²⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [Dz. U. z 2023 r., poz. 2480].

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. z 2021 r., poz. 2144 ze zm.].

²² Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [Mazow. z 2021 r. poz. 12691 ze zm.].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

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

2. Cele szczegółowe:

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

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

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

Tab. I. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.
Szczegółowy 1	Odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.
Szczegółowy 2	Odsetek osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

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

eksperta

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

1. Populacja docelowa

Populację docelową będą stanowić dzieci i młodzież w wieku 13-14 lat zamieszkujące Gminę Miasto Marki, uczęszczające do klas VII publicznych szkół podstawowych zlokalizowanych na podległym terenie, ich rodzice/opiekunowie prawni oraz kadra pedagogiczna (nauczyciele, pedagodzy, psychologowie). Do programu będzie włączonych łącznie ok. 1 860 dzieci²³ oraz 1 860 rodziców/opiekunów prawnych dzieci. W związku z faktem, że szkolenie dla kadry pedagogicznej zostanie zorganizowane raz w pierwszym roku realizacji Programu, weźmie w nim udział ok. 80 osób (ok. 70 nauczycieli – wychowawców klas V, VI i VII w roku szkolnym 2024/2025 oraz psychologowie i/lub pedagodzy z 5 publicznych szkół podstawowych na terenie gminy).

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

1) Kryteria włączenia do programu obejmują:

- wiek 13-14 lat,
- pozostawanie uczniem klasy VII publicznej szkoły podstawowej, posadowionej na terenie Gminy Miasta Marki;
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie;
- w odniesieniu do działań edukacyjnych - bycie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka uprawnionego do udziału w programie;
- w odniesieniu do działań szkoleniowych - bycie nauczycielem – wychowawcą klas V-VII w roku szkolnym 2024/2025, pedagogiem lub psychologiem w publicznej szkole podstawowej, posadowionej na terenie Gminy Miasta Marki;

2) Kryteria wyłączenia z programu obejmują:

²³ Liczebność populacji dzieci 13-letnich według GUS (rozpoczynających klasę VII w latach szkolnych 2024/2025, 2025/2026 oraz 2026/2027) [<https://bdl.stat.gov.pl/>; dostęp: 08.12.2023r.].

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

3. Planowane interwencje:

1) Akcja informacyjno-edukacyjna

- realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranych podmiotach leczniczych, w Urzędzie Miasta Marki oraz w szkołach publicznych na podległym terenie,
- realizowana za pośrednictwem stron internetowych ww. jednostek, publikacje w lokalnej prasie, artykuły sponsorowane, portale internetowe, itp.

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

- szkolenie będzie obejmować zagadnienia dotyczące czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych, specyfiki zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych oraz stresu w szkole wśród dzieci i młodzieży oraz następstw zdrowotnych zaburzeń nastroju, skuteczności działań zapobiegawczych, konsekwencji bagatelizowania objawów chorobowych i zaniedbań diagnostycznych,
- działanie zostanie zrealizowane w formie online,
- uwzględniające badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 15 pytań zamkniętych;

3) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci

- realizowana poprzez cykl wykładów z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych (tematyka wykładów będzie obejmować: charakterystykę skuteczności terapii psychologicznych wśród dzieci i młodzieży, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych, przedstawienie możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku występowania zaburzeń depresyjnych m.in. z możliwości rozmowy w ramach telefonu zaufania)

- prowadzona przez psychologa lub psychoterapeutę, z częstotliwością 1 raz w roku w każdej ze szkół podstawowych,
- realizowana w formie wykładów 90-minutowych,
- uwzględniająca badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych;

4) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków

- prowadzona przez wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych na lekcjach wychowawczych,
- dotycząca czynników ryzyka depresji, metod radzenia sobie z zaburzeniami nastroju, konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu pogorszonego nastroju, czy innych trudności rozwojowych,
- pozwalająca na nabycie wiedzy na temat rozwijania umiejętności życiowych, efektywnego radzenia sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia, prawidłowego porozumiewania się i umiejętności interpersonalnych, podejmowania decyzji i krytycznego myślenia, radzenia sobie ze stresem i kierowania emocjami, a także budowania poczucia własnej wartości i pozytywnej samooceny,
- pozwalająca na przekazanie wiedzy o możliwości skorzystania w ramach programu z terapii zaburzeń depresyjnych prowadzonej przez specjalistów,
- uwzględniająca badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych;

5) Badania przesiewowe realizowane przez psychologów i pedagogów szkolnych

- obejmujące badanie z użyciem kwestionariusza samooceny umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych, np. kwestionariusza CDI 2 (ang. *Children Depression Inventory*), przy czym o rodzaju testu przesiewowego zdecyduje realizator,
- przeprowadzane z założeniem stworzenia każdemu pacjentowi warunków odbycia wizyty z poszanowaniem prywatności i intymności,
- obejmujące kwalifikację do terapii zaburzeń nastroju uczestników programu, którzy uzyskali pozytywny wynik w badaniu przesiewowym;

6) Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń nastroju, obejmująca:

- wizyty 60-minutowe raz w tygodniu przez kolejnych 12 tygodni,
- sesje terapeutyczne realizowane przez psychoterapeutę dzieci i młodzieży dla zakwalifikowanych uczestników,
- wizytę początkową, na której wykonany zostanie wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności społecznej pacjenta) oraz pre-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym; wizyta ta obejmuje również zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie, ocenę funkcjonowania psychologicznego (na podstawie testu depresji, np. Inwentarza Depresji Becka), ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych; przed badaniem specjalista odbędzie rozmowę poprzedzającą, której celem będzie przygotowanie uczestnika do badania, następnie specjalista wykona wstępną ocenę sytuacji klinicznej pacjenta w kierunku wykrycia depresji poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi diagnostycznych, m.in. kwestionariuszy dostosowanych do wieku dzieci i młodzieży, obserwacji oraz wywiadu z dzieckiem i rodzicem/opiekunem prawnym dziecka (uczestnicy w wieku 13 lat powinni wypełniać kwestionariusz przeznaczony do samodzielnego wypełnienia),
- wizytę końcową, na której specjalista dokona podsumowania cyklu terapii oraz udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu, a także przekaże pacjentowi post-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym
- w sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań objętych programem, rodzice/opiekunowie prawni dziecka będą poinformowani o konieczności i możliwości wykonania badań uzupełniających oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych (w ramach NFZ),
- po zakończeniu działań terapeuty sporządzi krótką notatkę informacyjną dla lekarza rodzinnego.

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

- a. Opinie ekspertów klinicznych

Działania w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017);
- American Academy of Pediatrics (AAP 2018);
- United States Preventive Services Task Force (USPSTF 2016);
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2017);
- European Psychiatric Association (EPA 2012);
- *European Union via Joint Action for Mental Health and Well-being (JA MH-WB 2016)*;
- Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP 2021);
- Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPiN 2018).

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

Podstawowe zalecenia służące wzmocnieniu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży obejmują przede wszystkim wspieranie rodziny, zarówno na poziomie kompetencji wychowawczych, ochrony zdrowia psychicznego rodziców, ale też stosowania regulacji prawnych umożliwiających rodzicom spędzanie większej ilości czasu ze swoimi dziećmi. Powyższe działania mogą sprawić, że relacje rodzinne zostaną oparte na skutecznej komunikacji i wzajemnym wsparciu, a także będą stanowiły czynnik prewencyjny dla zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Drugim istotnym elementem jest wspieranie szkół poprzez odpowiednie przygotowanie kadry pedagogicznej do wzmocnienia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, stwarzanie odpowiednich warunków do pracy (np. mniejsze szkoły, mniej liczne klasy, odpowiedni klimat i etos szkoły) oraz zapobieganie dyskryminacji osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego na terenie szkoły. Eksperti w swoich wytycznych podkreślają, że pomoc pacjentom z zaburzeniami zdrowia psychicznego, powinna być udzielana blisko miejsca zamieszkania, w modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej opartej o współpracę leczenia psychiatrycznego i psychoterapii (JA MH-WB 2016)²⁴.

Jako, że świadomość społeczną najlepiej jest modyfikować poprzez działania

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

edukacyjne mające na celu zwiększanie wiedzy, towarzystwa naukowe, takie jak: American Academy of Pediatrics (AAP 2018), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017) i European Psychiatric Association (EPA 2012) zalecają przeprowadzanie programów edukacyjnych o tematyce dotyczącej promowania zdrowia psychicznego i depresji. Rekomendacje NICE 2017 podkreślają, aby przekazywana wiedza była dostosowana do wieku odbiorcy i obejmowała etiologię, przebieg oraz zasady leczenia depresji, włączając w to również informacje dotyczące stosowania leków i ich skutków ubocznych.

W celu wykrycia nieprawidłowości u młodzieży w wieku 13 lat rekomenduje się badanie przesiewowe w kierunku wykrycia dużej depresji (MDD – Major Depressive Disorder). Skryning powinien być zaimplementowany w taki sposób, który umożliwi postawienie diagnozy i wdrożenie efektywnego leczenia. Profesjonaliści medyczni w podstawowej opiece zdrowotnej, szkołach i innych jednostkach powinni być zaznajomieni z metodami przesiewowymi w kierunku wykrywania zaburzeń nastroju (NICE 2017).

Wytyczne AAP 2018, NICE 2017 i RACGP 2017 wskazują także, że istotnym elementem diagnostyki jest zebranie wywiadu rodzinnego. Skale oraz wystandaryzowane wywiady oparte na klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5, są narzędziami powszechnie wykorzystywanymi w skryningu i ocenie występowania depresji u dzieci. Rekomendowane są np. kwestionariusz MFQ (Mood Feeling Questionnaire) – dla dzieci w wieku 8 lat i starszych oraz kwestionariusz CDI 2 (Children Depression Inventory 2) – dla dzieci w wieku 7 lat i starszych (RACGP 2017). Ponadto stosowanych jest kilka narzędzi skryningowych do wykorzystania w podstawowej opiece zdrowotnej, dwa najczęściej wykorzystywane z nich to kwestionariusz PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) oraz skala depresji Becka (BDI – Beck Depression Inventory) (USPSTF 2016). Należy zaznaczyć, że niektóre rekomendacje np. AAP 2018 podkreślają, że istotne jest umożliwienie pacjentowi odbycie wizyty na osobności. Kluczowym elementem procesu konsultacyjnego jest wskazanie uczestnikowi adekwatnego rodzaju terapii (indywidualnej lub rodzinnej). Przykłady najczęściej zalecanych form psychoterapii to²⁵:

²⁵ Remberk B, Antosik-Wójcińska A, Baron M. Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży, w: Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania,

- indywidualna terapia poznawczo-behawioralna (CBT) w przypadku osób, u których wystąpił nawrót choroby mimo przyjmowania leków oraz osób ze znaczą depresją lub objawami rezydualnymi pomimo leczenia (zalecany czas trwania leczenia: 16 do 20 sesji terapeutycznych przez okres 3 do 4 miesięcy);
- terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) w przypadku osób, u których obecnie nie stwierdza się objawów depresji, ale w przeszłości doświadczyły trzech lub więcej epizodów depresyjnych (czas trwania leczenia: 2-godzinne spotkania raz w tygodniu przez 8 tygodni oraz 4 sesje kontrolne w okresie 12 miesięcy);
- terapia psychodynamiczna, która łączy w sobie elementy psychoanalizy i terapii poznawczo-behawioralnej. Służy dążeniu do zidentyfikowania świadomych i nieświadomych reakcji, zachowań i schematów myślowych pacjenta;
- terapia systemowa (terapia rodzin), której **celem jest zmiana struktury rodziny w sytuacji wystąpienia kryzysu psychicznego jednego z członków rodziny, umożliwia przywrócenie możliwości adaptacyjnych, ustalenie granic, a przede wszystkim poprawę relacji i komunikacji w rodzinie.**

c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej
W przeglądzie systematycznym z metaanalizą Cuijpers 2006²⁶ dotyczącym psychologicznej terapii u dzieci w wieku 7-18 lat, wyłonionych w badaniach przesiewowych prowadzonych w szkołach wskazano, że efekt interwencji wyniósł $SDM=0,578$, można zatem uznać jego wysoką skuteczność. Zatem zgodnie z wynikami przeglądu, w celu zdiagnozowania i wdrożenia leczenia jednego przypadku depresji należy poddać badaniom przesiewowym 31 osób. W dyskusji autorzy wskazują, że badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią skuteczną metodę postępowania, z wyłączeniem sytuacji pojawienia się negatywnych efektów takiego postępowania, przede wszystkim stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych. Warto również

wykrywania i leczenia depresji, opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018.

²⁶ Cuijpers P. et al. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis, Clin Psychol Rev, 2007, 27(3): 318-26. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001.

**PROGRAM PROFILAKTYKI ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH WŚRÓD NASTOLATKÓW
UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZKÓŁ NA TERENIE GMINY MIASTA MARKI NA LATA 2024-2026**

zwrócić uwagę na koszty depresji, zarówno bezpośrednie (w tym przede wszystkim koszty wykrycia, leczenia, farmakologii i hospitalizacji pacjenta) oraz pośrednie (koszty społeczne). Wśród kosztów społecznych depresji u dzieci i młodzieży należy wskazać dysfunkcje rodziny, pogorszenie relacji z rodzicami, rówieśnikami i środowiskiem społecznym dziecka (szkoła, miejsce zamieszkania itp.) oraz koszty absencji w szkole.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach programu będą realizowane w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane uczestnikom terminy zajęć edukacyjnych, badań przesiewowych, a także spotkań ze specjalistami. Edukacja zdrowotna będzie miała charakter indywidualny (w trakcie spotkań terapeutycznych) oraz grupowy (wykłady i lekcje wychowawcze). Badania przesiewowe będą miały charakter spotkań indywidualnych z dzieckiem lub w obecności rodzica/opiekuna prawnego dziecka, o czym zdecyduje realizator w odniesieniu do każdego uczestnika indywidualnie. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu dzieciom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Po zakończeniu programu uczestnik:

- zostaje poinformowany o sposobie dalszego postępowania (zalecenia dotyczące dalszej konsultacji specjalistycznej z wykazem podmiotów leczniczych, w którym będzie mógł podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika);
- kończy udział w Programie.

Rodzic/opiekun prawny pacjenta może w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału w programie. W przypadku takiej decyzji zostaje poinformowany o konsekwencji rezygnacji ze wskazanych działań profilaktycznych.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2023);
- 2) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Mazowieckiego oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (I kwartał 2024);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Marki (I-II kwartał 2024);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych, spełniających warunki określone w dalszej części projektu (II kwartał 2024);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (II kwartał 2024);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2024-2026);
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2026):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiet satysfakcji oraz ewentualnych uwag uczestników,
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2026).

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

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

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.];
- zapewnienie wykonywania interwencji edukacyjnych w programie przez osoby wykonujące następujące zawody: pedagog szkolny, psycholog, psychoterapeuta, posiadające wykształcenie wyższe kierunkowe,

- zapewnienie przeprowadzania sesji terapeutycznych przez psychoterapeutę posiadającego dyplom ukończenia szkoły psychoterapii dzieci i młodzieży oraz doświadczenie w pracy z tą grupą docelową (min. 3-letnie),
- zapewnienie przeprowadzania sesji terapeutycznych w gabinecie znajdującym się w odległości maksymalnie 15 km i/lub 20 minut czasu dojazdu komunikacją miejską od Gminy Miasta Marki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załączniki 3-5). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1545 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

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

zależny będzie od wyboru narzędzi przez Realizatora w złożonej ofercie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

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

- analiza liczby osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych,
- analiza liczby osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych,
- analiza liczby nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji,
- analiza liczby rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji,
- analiza liczby osób, które wzięły udział w szkoleniu dla kadry szkolnej,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń w programie

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

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu (coroczna i końcowa) prowadzona poprzez:

- analizę liczby i odsetka nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- analizę liczby i odsetka rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- analizę liczby i odsetka osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75%

poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,

- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe, w tym:

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

1. Koszty jednostkowe

Tab. II. Koszty jednostkowe interwencji w programie.

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
Akcja informacyjno-edukacyjna	1 500
Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych	3 000
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	300
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków*	0
Badania przesiewowe	20
Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań)	2 160

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

Działania edukacyjne i badania przesiewowe w Programie obejmą całą populację klas VII. Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń nastroju będzie świadczeniem realizowanym w odniesieniu do nastolatków z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego (standaryzowanego kwestionariusza umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych). Jak wskazano w części dotyczącej epidemiologii zaburzenia nastroju dotyczyć mogą nawet do 20% młodzieży, natomiast z uwagi na ograniczone możliwości finansowe Gminy Miasta Marki sesje terapeutyczne

**PROGRAM PROFILAKTYKI ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH WŚRÓD NASTOLATKÓW
UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZKÓŁ NA TERENIE GMINY MIASTA MARKI NA LATA 2024-2026**

zaplanowano corocznie dla 25 osób.

2. Planowane koszty całkowite:

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

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjno-edukacyjna	1	działanie	1 500	1 500
Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych	1	działanie	3 000	3 000
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	5	działanie	300	1 500
Badania przesiewowe	613	osoba	20	12 260
Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań)	25	osoba	2 160	54 000
Monitoring i ewaluacja	1	działanie	1 000	1 000
Koszty Programu				73 260

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

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjno-edukacyjna	1	działanie	1 500	1 500
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	5	działanie	300	1500
Badania przesiewowe	635	osoba	20	12 700
Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań)	25	osoba	2 160	54 000
Monitoring i ewaluacja	1	działanie	1 000	1 000
Koszty Programu				70 700

Tab. V. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w roku 2026.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjno-edukacyjna	1	działanie	1 500	1 500
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	5	działanie	300	1 500
Badania przesiewowe	611	osoba	20	12 220
Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań)	25	osoba	2 160	54 000
Monitoring i ewaluacja	1	działanie	1 000	1 000
Koszty Programu				70 220

Całkowity koszt programu szacowany jest na 214 180 zł.

3. Źródła finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Miasta Gminy Marki. Urząd Miasta Marki w latach 2025-2026 będzie starał się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn zm.].

Spis tabel:

Tab. I. Mierniki efektywności.....	11
Tab. II. Koszty jednostkowe interwencji w programie.	24
Tab. III. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w roku 2024.....	25
Tab. IV. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w roku 2025.....	25
Tab. V. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w roku 2026.....	25

Bibliografia:

Akty prawne:

1. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych [Dz.U. z 2017 r., poz. 1647 ze zm.].
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.].
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. z 2021 r., poz. 2144 ze zm.].
4. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz. U. z 2021 r., poz. 642 ze zm.]
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [Dz. U. z 2023 r., poz. 2480].
6. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69 ze zm.].
7. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [Mazow. z 2021 r. poz. 12691 ze zm.].

Literatura:

1. Biechowska D., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, W: Wojtyniak B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020, s. 517-534.
2. Cuijpers P. et al. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis, Clin Psychol Rev, 2007, 27(3): 318-26.
3. Gałęcki P, Szulc A., Psychiatria, Urban & Partner, Warszawa 2018.
4. Hammen C. Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2022, s. 13
5. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.

6. Komosińska K. Wybrane zaburzenia psychiczne utrudniające proces edukacji szkolnej dzieci i młodzieży, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, 2012, 18 (2), 105-113.
7. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, Wydanie 2008, World Health Organization 2009.
8. Moskalewicz J. Kiejna A. Wojtyniak B. „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski” - Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
9. Moskalewicz J., Wciórka J. (red.), Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, Warszawa, 2021, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
10. Murawiec S. Diagnosis and treatment of depression in primary care setting – practical aspects, Lekarz w POZ, 5, 2017, s. 338-343.
11. Remberk B, Antosik-Wójcińska A, Baron M. Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży, w: Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji, opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018.

Źródła internetowe:

1. BASiW, Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [<https://basiw.mz.gov.pl/>; dostęp: 02.12.2023r.].
2. Dane NFZ, Informator o umowach [<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>; dostęp: 04.12.2023r.].
3. M. Miernik-Jaeschke, I. Namysłowska, Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, Medycyna Praktyczna [<https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy>; dostęp: 04.12.2023r.].
4. WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int; dostęp: 06.12.2023].
5. World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary, World Health Organization 2022 [<https://www.who.int/>; dostęp: 03.12.2023 r.].

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026” (wzór)

I. Dane uczestnika programu

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

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

II. Zgoda na udział w Programie

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

_____ (data i podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika Programu)

III. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja)

Data	Informacja dla celów ewaluacji
	Wynik pre-testu: _____

PROGRAM PROFILAKTYKI ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH WŚRÓD NASTOLATKÓW UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZKÓŁ NA TERENIE GMINY MIASTA MARKI NA LATA 2024-2026

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

IV. Badanie przesiewowe

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

Niniejszym zaświadczam, że

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

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Sesje terapeutyczne

Daty sesji	Informacja dla celów ewaluacji
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____	Wynik pre-testu: _____ Wynik post-testu: _____ Przyrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie radzenia sobie z problemem zdrowotnym (min. 70% poprawnych odpowiedzi): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026” (wzór)

I. Dane Realizatora

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

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

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

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

_____, dnia _____
(miejscowość) (data)

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

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026” (wzór)

I. Ocena zajęć z zakresu psychoedukacji

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

II. Ocena sesji psychoterapeutycznych (jeśli dotyczy)

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

III. Dodatkowe uwagi/opinie

**Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego pacjenta - uczestnika programu pn.
„Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do
szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026” (wzór)**

I. Ocena zajęć z zakresu psychoedukacji

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

II. Ocena sesji psychoterapeutycznych (jeśli dotyczy)

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

III. Dodatkowe uwagi/opinie

--

Ankieta satysfakcji uczestnika działań szkoleniowych dla kadry szkolnej w ramach programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026” (wzór)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

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

11. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu zachęcał uczestników do aktywnego udziału w ćwiczeniach?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

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

12. Jak ocenia Pani/Pan szkolenie od strony organizacyjnej?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

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

13. Jak ocenia Pani/Pan ogólną atmosferę dzisiejszego szkolenia?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

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

14. Czy poleciliby/poleciłby Pani/Pan takie szkolenie innym osobom?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

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

Uzasadnienie

Wychodząc naprzeciw potrzebom zdrowotnym dzieci i młodzieży z terenu miasta Marki oraz z uwagi na liczne wnioski mieszkańców, pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Markach, pedagogów i psychologów szkolnych opracowano Program polityki zdrowotnej p.n. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026”, zwanego dalej Programem. Program uzyskał pozytywną opinię Wojewody Mazowieckiego oraz pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie pod warunkiem uwzględnienia uwag do niego zgłoszonych. Uwagi Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie zostały uwzględnione w Programie.

W trakcie opracowywania Programu zaplanowano, że kwoty niezbędne na realizację Programu wynosić będą:

- w 2024 r. kwota 73.300,00 zł,
- w 2025 r. kwota 70.700,00 zł,
- w 2026 r. kwota 70.200,00 zł

Środki finansowe na realizację Programu w 2024 r. zostały zabezpieczone w budżecie Gminy Miasto Marki na rok 2024 w dziale 851, rozdziale 85149, § 4300, natomiast środki na realizację Programu zostały zabezpieczone w Wieloletniej Prognozie Finansowej Gminy Miasto Marki na lata 2024-2036.

Równocześnie przewiduje się, że wysokość środków przewidzianych na realizację Programu może ulec zmianie z przyczyn, których nie można było przewidzieć na etapie przyjmowania Programu.

Mając powyższe na uwadze zasadnym jest przyjęcie przedmiotowej uchwały.