

Załącznik do uchwały nr 1682/441/23  
Zarządu Województwa Mazowieckiego  
z dnia 10 października 2023 r.

Akceptuję

.....

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

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

Program Polityki Zdrowotnej Samorządu Województwa Mazowieckiego



# Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego

okres realizacji: lata 2023-2025

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

Do programu wydana została Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 30/2023 z dnia 18 lipca 2023 r.

Warszawa 2023 r.

## Spis treści

|   |    |
|---|----|
| Słowniczek.....   | 4  |
| 1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....                                 | 6  |
| 1.1. Opis problemu zdrowotnego.....   | 6  |
| 1.2. Dane epidemiologiczne .....  | 9  |
| 1.3. Opis obecnego postępowania .....   | 11 |
| 2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....  | 13 |
| 2.1. Cel główny .....   | 13 |
| 2.2. Cele szczegółowe.....  | 13 |
| 2.3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej.....  | 13 |
| 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej ..... | 14 |
| 3.1. Populacja docelowa.....  | 14 |
| 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....     | 15 |
| 3.3. Planowane interwencje.....   | 17 |
| 3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej .....  | 23 |
| 3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....   | 23 |
| 4. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....   | 24 |
| 4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....   | 24 |
| 4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....                       | 26 |
| 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....  | 28 |
| 5.1. Monitorowanie .....  | 28 |
| 5.2. Ewaluacja .....  | 30 |
| 6. Budżet programu polityki zdrowotnej .....  | 31 |
| 6.1. Koszty jednostkowe .....   | 31 |
| 6.2. Koszty całkowite .....   | 35 |
| 6.3. Źródła finansowania .....  | 35 |
| Bibliografia .....  | 37 |
| Załącznik A1. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania* .....   | 39 |
| Załącznik A2. Oświadczenie o wykonywanym zawodzie* .....  | 40 |
| Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie .....   | 41 |
| Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – I grupa docelowa uczestnicząca w sesjach terapeutycznych.....             | 42 |
| Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – I grupa docelowa uczestnicząca w edukacji zdrowotnej .....                | 44 |
| Załącznik C3. Wzór ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla lekarzy i opiekunów osób starszych .....                               | 46 |

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

|   |    |
|---|----|
| Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego* .....    | 47 |
| Załącznik E. Test wiedzy dla I grupy docelowej .....                    | 51 |
| Załącznik F. 15-punktowa Geriatryczna Skala Oceny Depresji – test ..... | 54 |

## **Słowniczek**

**AOTMiT** – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

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

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

**ICD-10** - Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

**Koszty bezpośrednie** – koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

**Koszty pośrednie** – koszty kwalifikowane, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową. Do kosztów pośrednich należą także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu.

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

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

**Opiekun osoby starszej** – osoba zawodowo sprawująca opiekę nad osobami powyżej 60 roku życia, m.in. pracownicy domów i ośrodków pomocy społecznej, pielęgniarki środowiskowe, pracownicy zakładów opiekuńczo-leczniczych, zawodowi opiekunowie osób starszych oraz pracownicy innych instytucji wspierających osoby starsze.

**Organizator** – Województwo Mazowieckie.

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

**Program** – Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025.

**Psychoterapeuta** – osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub ubiegająca się o certyfikat psychoterapeuty, która spełnia łącznie warunki wskazane w § 2 pkt 5 lub § 2 pkt 8 w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (z późn. zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

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

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

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

**Specjalista** – lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.

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

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

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

### **1.1. Opis problemu zdrowotnego**

Zaburzenia depresyjne są najczęściej występującym problemem w obszarze zdrowia psychicznego i stanowią jedno z ważnych zagadnień zdrowia publicznego, a nawet bywają postrzegane jako problem społeczny. Częstość występowania depresji u osób starszych wynosi od kilku do nawet kilkudziesięciu procent badanych populacji<sup>1</sup>.

Powszechnie uważa się, że zaburzenia nastroju, oprócz zaburzeń funkcji poznawczych, należą do najczęstszych objawów psychopatologicznych obserwowanych u osób w podeszłym wieku. Depresja w starszym wieku ma wieloczynnikowe uwarunkowania do których należą: zmiany morfologiczne i czynnościowe w starzejącym się mózgu, wielochorobowość, czynniki socjodemograficzne i psychologiczne. W badaniach wykazano, że choroby przewlekłe, szczególnie te powodujące ból lub ograniczenia funkcjonalne, znacznie zwiększają częstość występowania depresji. Zespoły depresyjne stanowią istotny problem kliniczny nie tylko ze względu na znaczne rozpowszechnienie, ale także z tego powodu, że w znaczący sposób pogarszają jakość życia osób starszych oraz niekorzystnie wpływają na ich funkcjonowanie społeczne (seniorzy borykają się z samotnością, problemami finansowymi, postępującym zniedołężnieniem oraz izolacją społeczną). Ponadto obecność objawów depresyjnych może pogarszać przebieg chorób somatycznych oraz wpływać negatywnie na współpracę pacjentów w trakcie leczenia<sup>2, 3</sup>.

Stereotypy dotyczące starości, jako gorszego, mało optymistycznego i ostatniego okresu w życiu wpływają na negatywne postrzeganie możliwości leczenia depresji. Pesymistyczne podejście do starości prezentuje również część seniorów. Zaburzenia depresyjne są więc często fałszywie postrzegane jako nieodwracalne i nieuleczalne. Problem pogłębia fakt, że objawy depresyjne bywają traktowane jako symptom naturalnej starości, co utrudnia ich rozpoznanie i leczenie<sup>4</sup>.

Według klasyfikacji ICD-10, aby rozpoznać epizod depresyjny, należy stwierdzić występowanie przez co najmniej dwa tygodnie przynajmniej dwóch z trzech poniższych objawów:

1. obniżony nastrój,
2. utrata zainteresowań i zdolności do radowania się,
3. zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności<sup>5</sup>.

Ponadto wśród niżej wymienionych muszą zostać zdiagnozowane dwa lub więcej objawów dodatkowych:

1. osłabienie koncentracji i uwagi,

---

<sup>1</sup> P. Zagożdżon, K. Broczek, H. Kujawksa-Danecka, R. Czernych, M. Mossakowska, „Występowanie objawów depresyjnych”, „PolSenior2”, 2021

<sup>2</sup> J. Szczepańska-Gieracha, L. Jaworska, J. Mazurek, A. Skrzek, „Ujęcie biopsychospołeczne w leczeniu depresji u osób starszych”, Gerontologia Współczesna 3/2017, vol. 5, 2017

<sup>3</sup> P. Zagożdżon, K. Broczek, H. Kujawksa-Danecka, R. Czernych, M. Mossakowska, „Występowanie objawów depresyjnych”, „PolSenior2”, 2021

<sup>4</sup> P. Zagożdżon, K. Broczek, H. Kujawksa-Danecka, R. Czernych, M. Mossakowska, „Występowanie objawów depresyjnych”, „PolSenior2”, 2021

<sup>5</sup> S. Kałucka, „Cechy depresji w wieku podeszłym – etiologia, rozpoznawanie i leczenie”, Geriatria 8, 2014

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

2. niska samoocena i mała wiara w siebie,
3. poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu),
4. pesymistyczne widzenie przyszłości,
5. myśli i czyny samobójcze lub autoagresywne,
6. zaburzenia snu,
7. zmniejszony apetyt<sup>6</sup>.

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aby rozpoznać ciężką depresję należy stwierdzić minimum pięć, spośród wymienionych objawów występujących w ciągu tego samego 2-tygodniowego okresu, powodujących zmianę w stosunku do dotychczasowego poziomu funkcjonowania:

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

Wśród czynników ryzyka depresji typowych dla grupy pacjentów w podeszłym wieku możemy wyodrębnić czynniki psychogenne, jak i biologiczne.

**Czynniki psychogenne** zwiększające ryzyko depresji to:

1. samotność,
2. utrata partnera życiowego (śmierć, rozwód),
3. odejście dorosłych dzieci z domu,
4. przejście na emeryturę,
5. śmierć przyjaciół – rówieśników,
6. pobyt w zakładzie opiekuńczym,
7. sprawowanie opieki nad przewlekle chorym bliskim, zwłaszcza z zespołem otępiennym.

---

<sup>6</sup> S. Kałucka, „Cechy depresji w wieku podeszłym – etiologia, rozpoznawanie i leczenie”, Geriatria 8, 2014

<sup>7</sup> Hans-Jürgen Möller, „Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych”, Psychiatria Polska 2018; 52(4): 611–628

**Czynniki biologiczne** zwiększające ryzyko depresji to:

1. wcześniejsze epizody depresji,
2. depresja u krewnych pierwszego stopnia,
3. uzależnienia,
4. obecność przewlekłych chorób somatycznych.

Ważne w tej grupie wiekowej są również **czynniki somatogenne**, w postaci ciężkich bądź przewlekłych chorób, wpływają zarówno na sferę psychiczną – wypadnięcie z ról życiowych, lęk przed niesprawnością i śmiercią, jak i biologiczną – przewlekły ból, wpływ patogenetyczny choroby na neuroprzeżywalność mózgu. Nie bez znaczenia jest też oddziaływanie leków stosowanych w przypadłościach somatycznych.

Wśród najczęstszych chorób sprzyjających rozwojowi depresji należy wymienić:

1. stan po udarze mózgu,
2. otępienia,
3. choroba Parkinsona,
4. schorzenia układu sercowo-naczyniowego z zawałem i/lub niewydolnością mięśnia sercowego,
5. cukrzyca,
6. nowotwór,
7. choroby endokrynologiczne, zwłaszcza niedoczynność tarczycy,
8. schorzenia układu oddechowego (POCHP, zespół bezdechu sennego),
9. schyłkowa niewydolność nerek,
10. niedobory witamin (witamina B12, kwas foliowy, witamina D),
11. choroby narządu ruchu, z przewlekłym bólem i niesprawnością.

Dodatkowo rozwojowi depresji sprzyjają czynniki środowiskowe, np. osłabienie więzów rodzinnych spowodowane migracją zarobkową dorosłych dzieci lub prowadzonym przez nie trybem życia. Często członkowie rodziny (mieszkający nawet w niewielkiej odległości) przez większą część doby są skoncentrowani na pracy. Dzieje się to kosztem ograniczenia kontaktów z rodzicami, sprowadzanych co najwyżej do zapewnienia im niezbędnych materialnych potrzeb życiowych<sup>8</sup>.

Terapia zaburzeń depresyjnych wieku podeszłego zawsze musi mieć charakter holistyczny. Oprócz właściwie dobranego leczenia farmakologicznego kluczowe znaczenie ma nawiązanie relacji z chorym, stworzenie mu poczucia bezpieczeństwa i zainteresowania<sup>9</sup>.

Leczenie depresji w wieku podeszłym powinno obejmować psychoterapię, farmakoterapię lub skojarzenie obu tych metod. U osób starszych z łagodną depresją psychoterapia jest najlepszą metodą leczenia. Psychoterapeuta pomoże uporządkować rytm dnia, zaplanować różnorodną aktywność, poprawić higienę snu, tak aby aktywnie „powrócić” do życia. Skuteczność interwencji

<sup>8</sup> B. Kijanowska-Haładyna, A. Borzym, A. Z. Antosik-Wójcińska, I. Kurkowska-Jastrzębska, „Rekomendacje postępowania w przypadku depresji u osób starszych, wraz z propozycją programu profilaktyki dla lekarzy POZ, lekarzy geriatrów i pielęgniarek geriatrycznych”, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

<sup>9</sup> L. Bidzan, „Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym”, Medycyna Wieku Podeszłego 2011, tom 1, nr 1



Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

psychologicznych, w tym terapii poznawczo-behawioralnej (CBT – cognitive behavioral therapy), terapii zorientowanej na rozwiązywanie problemów i nawiązywanie nowych znajomości, można zauważyć już po kilku spotkaniach z terapeutą.

Osoby starsze często nie chcą stosować leków przeciwdepresyjnych w obawie przed uzależnieniem. Antydepresanty są skuteczne u osób w starszym wieku, jednakże przy ich przepisywaniu należy wziąć pod uwagę zależności dotyczące m.in. współistniejących chorób somatycznych oraz interakcji z innymi przyjmowanymi przez chorego lekami. Lekami pierwszego rzutu są inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI – selective serotonin re-uptake inhibitors)<sup>10</sup>.

Założenia programu zostały skierowane do konsultacji do konsultantów wojewódzkich w dziedzinach: psychologii klinicznej, psychiatrii, zdrowia publicznego, geriatry, Przewodniczącej Mazowieckiej Rady Zdrowia Psychicznego, specjalistów z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica Sp. z o.o., Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie, Poradni Zdrowia Psychicznego EDUCATIO Sp. z o.o. oraz SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego w Warszawie.

Problem zdrowotny poruszony w programie wpisuje się w założenia:

- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 w zakresie celu operacyjnego nr 3: „Promocja zdrowia psychicznego”,
- uchwały nr 1631/381/18 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 15 października 2018 r. w sprawie Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018 – 2023<sup>11</sup> w zakresie celu nr 3: „Podejmowanie innych działań mających na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród mieszkańców Mazowsza”.

## 1.2. Dane epidemiologiczne

Według WHO łączna liczba osób żyjących z depresją na świecie wynosi 350 mln, stanowi ona 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności na świecie (11% wszystkich lat życia skorygowanych niepełnosprawnością na świecie – DALY)<sup>12</sup>. Depresja zdecydowanie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn. Wskaźnik rozpowszechnienia depresji jest zróżnicowany, jeśli chodzi o grupy wiekowe, osiągając najwyższy poziom w wieku dojrzałym (ok. 7,5% wśród kobiet i 5,5% wśród mężczyzn w wieku 55-74 lata)<sup>13</sup>.

Liczba mieszkańców Europejskiego Regionu WHO, którzy cierpią na zaburzenia depresyjne sięga 40 mln. Depresja jest drugą najczęściej występującą przyczyną niepełnosprawności i utraty zdrowia oraz główną przyczyną ponad 128 tys. samobójstw w Europejskim Regionie WHO<sup>14</sup>.

Jak wynika z danych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2021 roku świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji udzielono 682 tys. pacjentom. Liczba ta utrzymywała się na

<sup>10</sup> S. Kałucka, „Cechy depresji w wieku podeszłym- etiologia, rozpoznawanie i leczenie”, Geriatra 2014; 8

<sup>11</sup> zmienionej uchwałą nr 1440/253/21 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 13 września 2021 r.

<sup>12</sup> Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, „Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej”, Warszawa, 2019

<sup>13</sup> „Depression and Other Common Mental Disorders”, Global Health Estimates; 2017

<sup>14</sup> Komunikat prasowy z okazji Światowego Dnia Zdrowia 2017, Depresja – porozmawiajmy”, World Health Organization, Regional Office for Europe, Warszawa, 2017

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

podobnym poziomie w latach 2013–2018. Od 2019 roku obserwowany jest znaczący wzrost liczby udzielanych świadczeń pacjentom z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji. W tym okresie świadczenia najczęściej były udzielane pacjentom w wieku 55–64 lata. Udział pacjentów w grupach wiekowych od 18 do 64 lat malał (z 74% w roku 2013 do 65,2% w roku 2021 — spadek o 8,8 pp.), natomiast w grupach poniżej 18 r.ż. oraz powyżej 65 r.ż. wzrósł. Największe spadki dotyczyły osób w wieku 45–64 lat (z 46,5% w 2013 r. do 37,5% w 2021 r. — spadek o 9 pp.). Wzrost w grupie wiekowej 65+ wyniósł 6,9 pp., a poniżej 18 r.ż. 2,1 pp.<sup>15</sup>.

*Tabela 1 Struktura wieku i płci pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji (na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia)*

| Rok  | Łącznie (w tys.) | <18  | 18-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+   |
|------|------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 2013 | 619,33           | 1,2% | 12,7% | 14,8% | 20,3% | 26,2% | 13,4% | 11,3% |
| 2014 | 632,35           | 1,4% | 12,7% | 15,0% | 19,4% | 26,1% | 13,9% | 11,5% |
| 2015 | 631,26           | 1,4% | 12,6% | 15,1% | 18,7% | 26,0% | 14,6% | 11,6% |
| 2016 | 634,64           | 1,5% | 12,4% | 15,0% | 18,2% | 25,4% | 15,4% | 12,1% |
| 2017 | 633,50           | 1,6% | 12,3% | 14,8% | 17,9% | 24,7% | 16,4% | 12,3% |
| 2018 | 631,74           | 2,0% | 12,4% | 14,6% | 17,7% | 23,5% | 17,3% | 12,5% |
| 2019 | 658,10           | 2,2% | 12,9% | 14,6% | 17,5% | 22,3% | 17,9% | 12,6% |
| 2020 | 647,09           | 2,2% | 12,5% | 14,2% | 17,7% | 21,7% | 18,9% | 12,9% |
| 2021 | 681,89           | 3,3% | 13,7% | 14,0% | 17,4% | 20,1% | 18,8% | 12,8% |

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych w 2019 r. w województwie mazowieckim zapadalność na zaburzenia depresyjne w populacji ogólnej wynosiła 2 380,7 na 100 tys. mieszkańców co stanowiło 73,61% wszystkich zaburzeń psychicznych. W grupie wiekowej 50-69 lat zapadalność wynosiła 3 203,8 na 100 tys. (84,73% wszystkich zaburzeń psychicznych), a powyżej 70 roku życia – 3 144,3 na 100 tys. (92,23% wszystkich zaburzeń psychicznych)<sup>16</sup>.

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w województwie mazowieckim w 2021 r. z diagnozą zaburzenia depresyjnego nawracającego oraz epizodu było 12 672 osób po 60 roku życia<sup>17</sup>.

Wartość wskaźnika DALY dla zaburzeń depresyjnych w 2019 r. w województwie mazowieckim w grupie wiekowej 50-69 lat wynosiła 565,2 na 100 tys. mieszkańców (w tej samej grupie wiekowej), natomiast w populacji osób powyżej 70 roku życia – 493,5 na 100 tys. mieszkańców.

<sup>15</sup> <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja> (dostęp: 09.03.2023 r.)

<sup>16</sup> <http://mpz.mz.gov.pl/> (dostęp 16.11.2022 r.)

<sup>17</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli/> (dostęp: 01.08.2023 r.)

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

Problem zaburzeń depresyjnych osób starszych poruszono w badaniu PolSenior2. W badaniu do oceny występowania objawów depresyjnych wykorzystano 15-punktową wersję Geriatrycznej Skali Oceny Depresji. Wskaźniki występowania objawów depresyjnych u osób powyżej 60 roku życia rosną wraz z wiekiem, a zaburzenia częściej dotyczą kobiet. Występowanie objawów depresyjnych w zależności od wieku prezentuje tabela 2. Dane przedstawiono po ważeniu względem struktury populacji polskiej w wieku 60 i więcej lat. Wyniki przedstawiono jako wartości średnie uzyskane w 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji<sup>18</sup>.

Tabela 2 Występowanie objawów depresyjnych w populacji PolSenior2 w zależności od wieku<sup>19</sup>

| Grupa wieku | Mężczyźni | Kobiety | Razem |
|-------------|-----------|---------|-------|
| 60-64       | 3,19      | 3,55    | 3,38  |
| 65-69       | 3,17      | 3,63    | 3,42  |
| 70-74       | 3,67      | 4,11    | 3,93  |
| 75-79       | 4,03      | 4,97    | 4,62  |
| 80-84       | 4,26      | 5,11    | 4,82  |
| 85-89       | 4,66      | 5,87    | 5,46  |
| 90 i więcej | 5,20      | 5,51    | 5,41  |

Jak oszacowano w badaniu PolSenior 2, podejrzenie depresji w umiarkowanym stopniu natężenia może dotyczyć aż 1 653,6 tys. osób powyżej 60 roku życia oraz 376,4 tys. osób – w znacznym stopniu nasilenia. Łącznie problem depresji może dotyczyć około 2 milionów mieszkańców Polski powyżej 60 roku życia. Uwzględniając dane dotyczące liczby mieszkańców Polski powyżej 60 roku życia (2021 r. – 9 828 753 osoby) oraz liczbę mieszkańców województwa mazowieckiego w ww. grupie wiekowej (2021 r. – 1 359 704 osób) problem depresji może dotyczyć około 280 tys. mieszkańców Mazowsza powyżej 60 roku życia.

Mając na uwadze powyższe Program skierowany został do osób powyżej 60 roku życia, lekarzy POZ, geriatrów oraz opiekunów osób starszych – osób mających stały kontakt z osobami starszymi.

Szczegółowy opis populacji przedstawiony został w podrozdziale 3.1. Populacja docelowa.

### 1.3. Opis obecnego postępowania

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

<sup>18</sup> P. Zagożdżon, K. Broczek, H. Kujawksa-Danecka, R. Czernych, M. Mossakowska, „Występowanie objawów depresyjnych”, „PolSenior2”, 2021

<sup>19</sup> P. Zagożdżon, K. Broczek, H. Kujawksa-Danecka, R. Czernych, M. Mossakowska, „Występowanie objawów depresyjnych”, „PolSenior2”, 2021

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

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

Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych obejmują porady, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii, w tym:

- poradę lekarską diagnostyczną,
- poradę lekarską terapeutyczną,
- poradę lekarską kontrolną,
- poradę psychologiczną diagnostyczną,
- poradę psychologiczną,
- sesje psychoterapii: indywidualnej, rodzinnej, grupowej,
- sesje wsparcia psychospołecznego,
- wizytę, poradę domową lub środowiskową.

W ramach leczenia środowiskowego (domowego) realizowane są porady, wizyty domowe lub środowiskowe, sesje psychoterapii, udzielane w środowisku zamieszkania, ujęte w kompleksowy program terapeutyczny. Realizowane są przez zespół leczenia środowiskowego lub domowego w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, obejmujące:

- poradę lekarską diagnostyczną,
- poradę lekarską terapeutyczną,
- poradę lekarską kontrolną,
- poradę psychologiczną diagnostyczną,
- poradę psychologiczną,
- wizytę, poradę domową lub środowiskową,
- wizytę osoby prowadzącej terapię środowiskową,
- sesje psychoterapii: indywidualnej, rodzinnej, grupowej,
- sesje wsparcia psychospołecznego.

W grupie świadczeń dziennych psychiatrycznych wyróżnia się:

- świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę, leczenie i wczesną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym psychotycznymi, powyżej 18 roku życia,

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

- świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych obejmujące rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego – w ramach pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi,
- świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia.

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

## **2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **2.1. Cel główny**

Celem głównym programu jest zwiększenie o minimum 0,1% liczby zidentyfikowanych podejrzeń przypadków zaburzeń depresyjnych wśród osób powyżej 60 roku życia mieszkających w województwie mazowieckim w latach 2023-2025.

### **2.2. Cele szczegółowe**

Cel szczegółowy nr 1

Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia dla co najmniej 70% liczby uczestników zaplanowanych w programie.

Cel szczegółowy nr 2

Zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych u minimum 50% uczestników edukacji zdrowotnej spośród I grupy docelowej w latach 2023-2025.

Cel szczegółowy nr 3

Zwiększenie u minimum 70% uczestników szkoleń spośród II grupy docelowej, tj. lekarzy i opiekunów osób starszych, poziomu wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych w latach 2023-2025.

Cel szczegółowy nr 4

Zwiększenie poprawy stanu psychicznego u co najmniej 30% uczestników, którzy zakończyli proces terapeutyczny w okresie realizacji programu.

### **2.3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej**

- 1) Iloraz liczby osób, u których w ramach programu zostało zidentyfikowane podejrzenie zaburzenia depresyjnego i liczby osób powyżej 60 roku życia mieszkających w województwie mazowieckim – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu głównego).

Wartość docelowa miernika: minimum 0,1%.

Wartość docelowa miernika na poziomie minimum 0,1% przyjęta została na podstawie szacunkowej liczby uczestników z I grupy docelowej z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego możliwej do przyjęcia do programu w ramach planowanych środków w odniesieniu

do liczby mieszkańców województwa mazowieckiego z podejrzeniem depresji przedstawionej w rozdziale 1.2. Dane epidemiologiczne (280 tys. osób).

- 2) Iloraz liczby uczestników, u których przeprowadzono spotkanie podsumowujące terapię i liczby uczestników skierowanych na sesje terapeutyczne – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 1).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 70% uwzględniając możliwość rezygnacji z uczestnictwa w programie przez uczestnika na każdym jego etapie, zgodnie z informacjami przedstawionymi w rozdziale 3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

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

Wartość docelowa miernika: minimum 50%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 50% uwzględniając poziom wiedzy uczestników przed przystąpieniem do edukacji zdrowotnej, możliwość występowania niewykrytych problemów poznawczych u osób powyżej 60 roku życia oraz czynniki niezależne od Organizatora, tj. m.in. sposób przekazywania informacji przekazywanych przez osoby edukujące, mające wpływ na skuteczność podejmowanych działań.

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

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

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

- 5) Iloraz liczby uczestników, u których doszło do poprawy stanu psychicznego w wyniku przeprowadzonego cyklu sesji terapeutycznych i liczby uczestników, którzy zakończyli cykl sesji terapeutycznych - wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 4).

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 30% uwzględniając pomiar natężenia objawów uczestników przed rozpoczęciem cyklu sesji terapeutycznych oraz pomiar natężenia objawów uczestników po zakończeniu cyklu sesji terapeutycznych – przy dwukrotnym zastosowaniu kwestionariusza BDI-II Inwentarz Depresji Becka.

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

#### **3.1. Populacja docelowa**

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

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

W programie wyróżnia się dwie grupy uczestników:

- I grupa – osoby powyżej 60 roku życia;
- II grupa – lekarze POZ, lekarze geriatry oraz opiekunowie osób starszych korzystający ze szkoleń.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2021 r. w województwie mazowieckim mieszkało 1 359 704 osób powyżej 60 roku życia.

Jak wynika z danych Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce (stan na 1 marca 2023 r.) zawód lekarza medycyny rodzinnej wykonuje 11 547 osób, a zawód lekarza geriatry – 562 osoby<sup>20</sup>. Natomiast zgodnie z danymi Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Polsce w 2022 r. (stan na 31 grudnia 2022 r.) zawód pielęgniarki wykonywało 236 414 osób<sup>21</sup>.

Budżet programu wynosi 2 600 000 zł. Na przeprowadzenie interwencji dla I grupy docelowej przeznaczono około 95% środków budżetu programu. Na przeprowadzenie szkoleń dla II grupy docelowej planuje się przeznaczyć około 5% środków budżetu programu.

W kalkulacji założono, że u 253 uczestników z I grupy docelowej przeprowadzone zostanie badanie przesiewowe w kierunku depresji, konsultacja ze specjalistą oraz edukacja zdrowotna.

Natomiast 434 uczestników z I grupy docelowej skorzysta z badania przesiewowego, konsultacji ze specjalistą, 15 sesji terapeutycznych oraz spotkania podsumowującego terapię.

Biorąc pod uwagę powyższe szacowania i budżet programu w trakcie jego trwania można przeprowadzić interwencje dla około 687 osób powyżej 60 roku życia – I grupy docelowej.

W kalkulacji założono dodatkowo, że 69 grup (około 1035 osób) z II grupy docelowej skorzysta ze szkoleń.

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

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

#### **Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej – I grupa docelowa**

Do programu zostaną zakwalifikowane osoby spełniające jednocześnie wszystkie kryteria wskazane w pkt 1-5. Niespełnienie przynajmniej jednego kryterium określonego w pkt 1-5 stanowi przeciwwskazanie do udziału w programie.

#### **Kryteria kwalifikacji do udziału w programie – I grupa docelowa:**

Osoba aplikująca do programu w dniu kwalifikacji musi:

- 1) mieć ukończony 60 rok życia;

<sup>20</sup> <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne> (dostęp: 20 marca 2023 r.)

<sup>21</sup> <https://nipip.pl/liczba-pielegniarek-poloznych-zarejestrowanych-zatrudnionych/> (dostęp: 20 marca 2023 r.)

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

- 2) mieszkać na terenie województwa mazowieckiego, tj. być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
- 3) przedłożyć wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie;
- 4) złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych (np. NFZ);
- 5) złożyć pisemne oświadczenie, że nie był dotychczas uczestnikiem programu lub zakończył udział w programie minimum 6 miesięcy wcześniej,
- 6) w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji uzyskać wynik minimum 6 punktów<sup>22</sup>.

Weryfikacja kryteriów z pkt. 2 – 5 odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnego z treścią zawartą w załączniku A1 do programu.

#### **Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – I grupa docelowa:**

Niespełnienie co najmniej jednego z kryteriów włączenia do programu lub przedłożenie realizatorowi przez uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału w programie, zgodnej z treścią załącznika B do programu. W przypadku odmowy uczestnika do złożenia pisemnej rezygnacji z udziału w programie lub braku możliwości jej uzyskania (np. rezygnacja podczas rozmowy telefonicznej) realizator odnotowuje w dokumentacji fakt rezygnacji z udziału w programie wraz ze wskazaniem sposobu przekazania informacji. Odstąpienie od udziału w programie możliwe jest na każdym jego etapie.

Z udziału w programie wyłączone zostają także osoby, u których stwierdzone zostaną zaburzenia poznawcze. Wyłączenie z udziału w programie możliwe jest na każdym jego etapie. W przypadku wykluczenia uczestnika z powodu zaburzeń poznawczych fakt ten realizator odnotowuje w dokumentacji.

**Wcześniej stwierdzona depresja u osoby aplikującej do programu nie stanowi kryterium wyłączenia z programu pod warunkiem, że osoba ta nie rozpoczęła jeszcze terapii finansowanej ze środków publicznych.**

#### **Kryteria kwalifikacji do udziału w programie – II grupa docelowa (lekarze oraz opiekunowie osób starszych):**

Do udziału w szkoleniu kwalifikują się lekarze podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarze geriatry zatrudnieni w placówkach na terenie województwa mazowieckiego lub wykonywujący zawód na terenie województwa mazowieckiego. Do udziału w szkoleniu kwalifikują się także opiekunowie osób starszych – osoby zawodowo sprawujące opiekę nad osobą powyżej 60 roku życia, m.in. pracownicy domów

---

<sup>22</sup> Test z kluczem odpowiedzi stanowi załącznik F do programu. Źródło testu: J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, „Psychiatria Tom I. Podstawy psychiatrii”, Wrocław, 2010



Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

i ośrodków pomocy społecznej, pielęgniarki środowiskowe, pracownicy zakładów opiekuńczo-leczniczych, zawodowi opiekunowie osób starszych oraz pracownicy innych instytucji wspierających osoby starsze – zatrudnione w województwie mazowieckim.

Weryfikacja kryterium miejsca zatrudnienia oraz wykonywanego zawodu odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnie z treścią zawartą w załączniku A2 do programu.

### **Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – II grupa docelowa (lekarze oraz opiekunowie osób starszych):**

Niespełnienie kryterium włączenia do programu lub nieprzedłożenie oświadczenia o wykonywanym zawodzie – zgodnie z treścią zawartą w załączniku A2 do programu.

### **3.3. Planowane interwencje**

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- 1) kwalifikacja do programu,
- 2) badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji,
- 3) konsultacja ze specjalistą,
- 4) sesje terapeutyczne,
- 5) podsumowanie terapii,
- 6) edukacja zdrowotna,
- 7) działania szkoleniowe dla lekarzy POZ, lekarzy geriatrów oraz opiekunów osób starszych.

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

W celu dotarcia do jak najszerszego grona odbiorców wszystkie interwencje skierowane do I grupy docelowej mogą być realizowane poza siedzibą realizatora, z zastrzeżeniem, że będą realizowane w placówkach opieki długoterminowej (np. w domach pomocy społecznej, domach seniora, domach opieki etc.). Świadczenia poza siedzibą realizatora przeprowadzać będzie personel o takich samych kwalifikacjach wskazanych w rozdziale 4.2., jak w siedzibie realizatora.

### **Kwalifikacja do programu**

Podczas kwalifikacji uczestników do programu, realizator musi zweryfikować, czy osoba aplikująca do udziału w programie spełnia kryteria włączenia opisane w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej. Do programu mogą zostać zakwalifikowane tylko te osoby, które spełniają jednocześnie wszystkie kryteria włączenia, w tym uzyskały wynik minimum 6 punktów w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji. U każdej osoby aplikującej do programu przeprowadzane jest badanie 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji – test wraz z kluczem odpowiedzi stanowi załącznik F. do programu. Przed przeprowadzaniem badania realizator powinien podkreślić, że odpowiedzi powinny dotyczyć samopoczucia w okresie ostatnich dwóch tygodni. W celu uzyskania jak najbardziej rzetelnego wyniku badanie przeprowadzane powinno być w cichym miejscu sprzyjającym skupieniu i refleksji, bez uczestnictwa osób trzecich (poza rejestracją, punktem przyjęć). Na wypełnienie testu

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

osoba aplikująca powinna otrzymać tyle czasu, ile potrzebuje. U osób, które w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji uzyskały wynik maksymalnie 5 punktów nie podejrzewa się zaburzeń depresyjnych i nie są one kwalifikowane do udziału w programie.

### **Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji**

Badanie przesiewowe przeprowadzane będzie wszystkim uczestnikom, u których nie została wcześniej stwierdzona depresja. O przeprowadzeniu badania przesiewowego u uczestnika dysponującego dokumentacją potwierdzającą stwierdzoną depresję może zdecydować specjalista po przeprowadzeniu konsultacji – w przypadku nie uznania dokumentacji przez specjalistę. U uczestnika dysponującego dokumentacją potwierdzającą stwierdzoną depresję uznaną przez specjalistę nie przeprowadza się badania przesiewowego.

Badanie przesiewowe będzie realizowane przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prawidłowego jego wykonania. Przed przystąpieniem do badania przesiewowego z uczestnikiem zostanie przeprowadzona rozmowa poprzedzająca, mająca na celu przygotowanie uczestnika do badania. Badanie przesiewowe będzie przeprowadzone z użyciem testu BDI-II Inwentarz Depresji Becka.

Test może być wykonany w wersji „papier-ołówek” jak również w formie e-badania. Osoba przeprowadzająca badanie przesiewowe jest zobowiązana do analizy odpowiedzi udzielonych przez uczestników programu w terminie do 14 dni od dnia następującego po dniu przeprowadzenia badania przesiewowego. Każdy uczestnik programu, który:

- uzyskał pozytywny wynik w badaniu przesiewowym lub
- uzyskał negatywny wynik w badaniu przesiewowym oraz podczas kwalifikacji do programu w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Depresji uzyskał wynik minimum 10 punktów,

weźmie udział w indywidualnej konsultacji ze specjalistą.

Realizator jest zobowiązany do posiadania dostępu do testu BDI-II Inwentarz Depresji Becka. Koszty zakupu testu pokrywane będą przez realizatora w ramach kosztu przeprowadzenia badania przesiewowego lub kosztów pośrednich<sup>23</sup>.

Dla osób przybyłych z Ukrainy można skorzystać z bezpłatnych formularzy w języku ukraińskim i rosyjskim do badania inwentarzem BDI-II udostępnionych przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego<sup>24</sup>.

Uczestnicy, którzy uzyskali negatywny wynik w badaniu przesiewowym oraz w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Depresji wynik 6-9 punktów kierowani są na dobrowolną edukację zdrowotną.

### **Konsultacja ze specjalistą**

Uczestnicy programu:

- którzy uzyskali pozytywny wynik w badaniu przesiewowym lub

<sup>23</sup> Testy powinny pochodzić z legalnego źródła, uwzględniając przepisy prawa, którymi są one objęte.

<sup>24</sup> [Formularze do badania online osób przybyłych z Ukrainy \(practest.com.pl\)](https://practest.com.pl) (stan 30.01.2023 r.)

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

- u których została wcześniej stwierdzona depresja lub
- którzy uzyskali negatywny wynik w badaniu przesiewowym oraz podczas kwalifikacji do programu w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Depresji uzyskali wynik minimum 10 punktów

są kierowani na konsultację do specjalisty. Konsultacja powinna trwać minimum 30 minut, ale nie dłużej niż 60 minut. Wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie jest dodatkowo finansowane.

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

Podczas konsultacji, specjalista przeprowadza z uczestnikiem programu pogłębiony wywiad, podczas którego stawia diagnozę lub zaleca dalsze badanie z zastosowaniem wystandaryzowanych klinicznych narzędzi oceny stanu psychicznego. W przypadku zaleceń, co do dalszego badania, specjalista jest zobowiązany do wskazania uczestnikom programu podmiotów/jednostek, gdzie mogą uzyskać dalszą pomoc (poza programem) w zakresie leczenia depresji, ze szczególnym nastawieniem na jednostki udzielające świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

W przypadku, gdy w opinii specjalisty uczestnik nie powinien uczestniczyć w sesjach terapeutycznych (np. ze względu na demencję), uczestnik zostaje skierowany do udziału w edukacji zdrowotnej.

W sytuacji, gdy specjalista podczas konsultacji z uczestnikiem który uzyskał negatywny wynik w badaniu przesiewowym stwierdzi u danej osoby objawy depresji i/lub prawdopodobieństwo otrzymania fałszywie negatywnego wyniku przesiewowego może skierować uczestnika na sesje terapeutyczne. Pierwsza sesja terapeutyczna powinna odbyć się nie później niż 30 dni kalendarzowych od spotkania ze specjalistą, który na sesje skierował.

W celu leczenia zaburzeń depresyjnych prowadzona będzie terapia indywidualna CBT. Częstość i czas trwania postępowania terapeutycznego będzie rekomendowany indywidualnie dla każdego uczestnika w zależności od nasilenia i rodzaju zaburzenia depresyjnego. Terapia powinna być zaplanowana i dostosowana do potrzeb konkretnego uczestnika programu uwzględniając rozpoznane zaburzenie depresyjne i jego nasilenie.

Farmakoterapia nie jest finansowana w ramach programu.

### **Sesje terapeutyczne**

Dla każdego uczestnika przewiduje się przeprowadzenie maksymalnie 15 sesji terapeutycznych zgodnie z wytycznymi specjalisty. W sytuacji, gdy specjalista zalecił mniejszą liczbę spotkań, a liczba ta nie będzie wystarczająca, osoba przeprowadzająca sesje terapeutyczne może zwiększyć liczbę spotkań zachowując ich maksymalny limit (tj. 15 spotkań). Jedna sesja terapeutyczna powinna trwać minimum 45 minut, ale nie dłużej niż 60 minut. Wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie jest dodatkowo finansowane. Zaleca się, aby sesje odbywały się raz w tygodniu.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

W ramach programu prowadzona będzie tylko terapia indywidualna CBT.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Psychologicznego osobom prowadzącym sesje terapeutyczne zalecane jest poddanie się superwizji, która nie jest finansowana w ramach programu<sup>25</sup>.

### **Podsumowanie terapii**

Podczas ostatniej sesji terapeutycznej powinno być przeprowadzone spotkanie podsumowujące, na którym osoba przeprowadzająca sesje terapeutyczne dokona podsumowania cyklu terapii oraz udzieli wskazówek do dalszego leczenia lub dalszej pracy w domu. Spotkanie podsumowujące terapię przeprowadzone zostanie w ramach kosztu sesji terapeutycznej, wraz z przeprowadzeniem drugiego badania przesiewowego. Uczestnicy będą poddani dwukrotnemu badaniu nasilenia objawów depresji za pomocą narzędzia tj. skala samooceny nasilenia objawów depresji BDI-II Inwentarz Depresji Becka-II (przed rozpoczęciem cyklu sesji terapeutycznych oraz po zakończeniu cyklu sesji terapeutycznych).

### **Edukacja zdrowotna**

Uczestnik programu, który uzyskał negatywny wynik badania przesiewowego oraz wynik minimum 6 punktów podczas kwalifikacji do programu w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Depresji może uczestniczyć w edukacji zdrowotnej z zakresu profilaktyki depresji. Udział w edukacji jest dobrowolny. Spotkania przeprowadzane będą indywidualnie (dopuszcza się możliwość udziału członka rodziny/osoby bliskiej uczestnika w ramach kosztów edukacji uczestnika programu). Edukacja zdrowotna powinna odbyć się nie później niż 30 dni liczonych od dnia następującego po otrzymaniu wyniku badania przesiewowego/ spotkania ze specjalistą, który na sesje skierował.

W ramach edukacji należy omówić kwestie charakterystycznych dla depresji objawów (w tym specyfikę obrazu klinicznego depresji u osób starszych), zasad profilaktyki depresji oraz higieny psychicznej, roli aktywności fizycznej oraz aktywności społecznej w profilaktyce zaburzeń psychicznych, rozpoznawania objawów nadmiernego stresu oraz technik jego redukcji. Ponadto należy przedstawić informacje, gdzie można zwrócić się o pomoc w przypadku dostrzeżenia u siebie objawów depresji. Podczas edukacji zdrowotnej realizator jest zobowiązany do zapewnienia możliwości zadawania pytań przez uczestnika, dotyczących poruszanych kwestii.

Uczestnicy będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem edukacji, post-test – po przeprowadzeniu edukacji) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. Test wiedzy stanowi załącznik E do programu. Test wiedzy nie jest przeprowadzany u członka rodziny/osoby bliskiej uczestnika. Dla każdego uczestnika przewiduje się jedno spotkanie, które powinno trwać minimum 45 minut, ale nie dłużej niż 60 minut. Wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie jest dodatkowo finansowane.

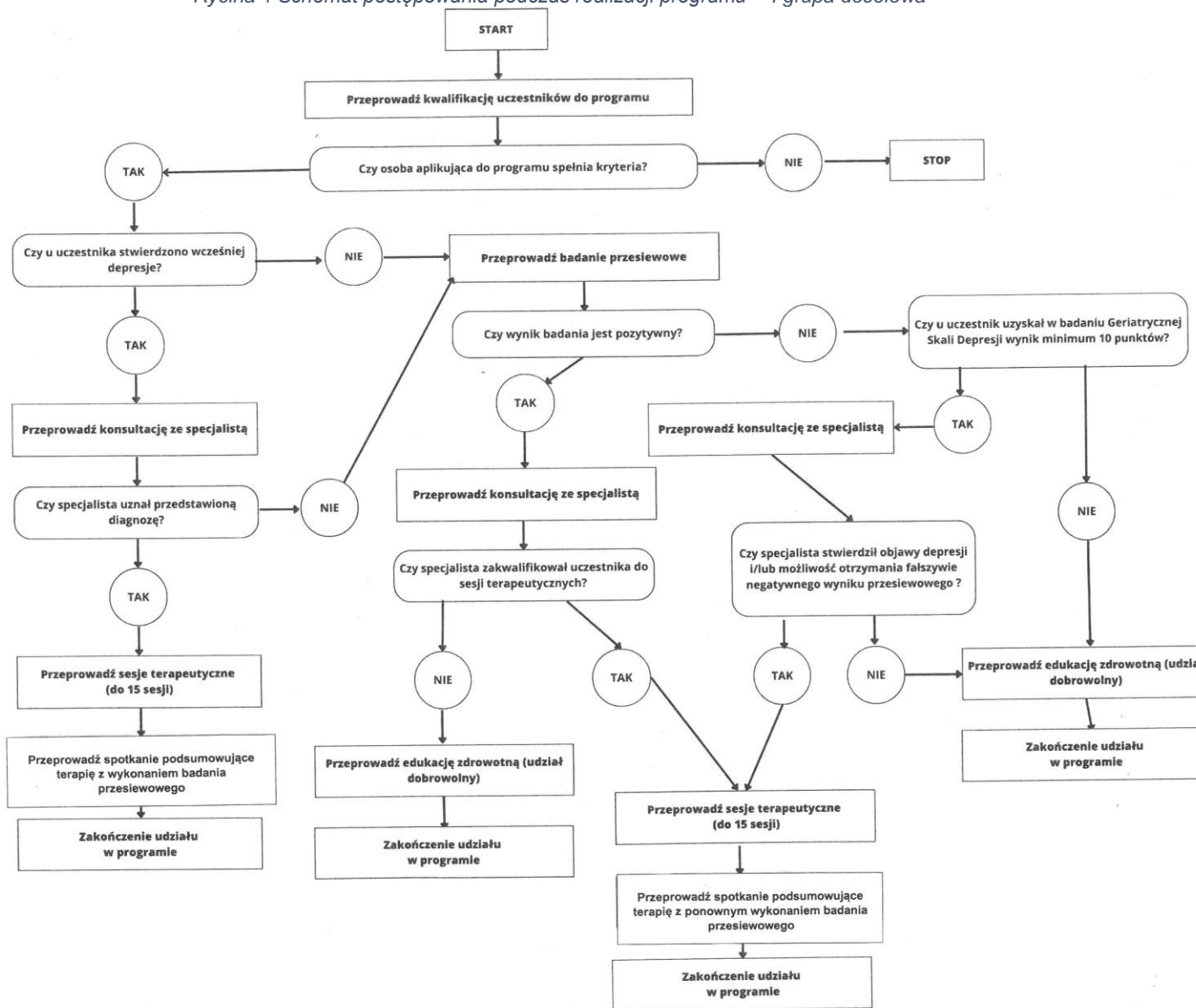
---

<sup>25</sup> <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29> (dostęp: 23.12.2021 r.)

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

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

Rycina 1 Schemat postępowania podczas realizacji programu - I grupa docelowa



### **Działania szkoleniowe dla lekarzy oraz opiekunów osób starszych**

Szkolenie skierowane będzie do lekarzy POZ, lekarzy geriatrów oraz opiekunów osób starszych, wykonywujących zawód, zatrudnionych na terenie województwa mazowieckiego. Uczestnikom szkolenia przekazywane będą informacje dotyczące specyfiki zaburzeń depresyjnych (charakterystyka i objawy, w tym specyfika obrazu klinicznego u osób starszych), zasad profilaktyki depresji oraz higieny psychicznej, metod wczesnego rozpoznawania zaburzeń depresyjnych, w tym zapoznanie uczestników z Geriatryczną Skalą Oceny Depresji oraz wytycznych dotyczących kierowania chorych do dalszej specjalistycznej opieki psychiatrycznej lub terapeutycznej.

Uczestnicy szkolenia będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy. Test wiedzy przedstawiony zostanie przez realizatora na etapie konkursu.

Szkolenie prowadzone będzie w grupach minimalnie 10 osobowych, maksymalnie 15 osobowych. Szkolenie dla każdej grupy powinno trwać co najmniej 90 minut, ale nie dłużej niż 100 minut w ramach jednego spotkania. Wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie jest dodatkowo finansowane.

Szkolenie może być prowadzone stacjonarnie lub przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych. Narzędzie teleinformatyczne musi umożliwiać interakcję pomiędzy prowadzącym a uczestnikami szkolenia, przeprowadzenie testów wiedzy oraz ankiety satysfakcji. O czasie, miejscu i formie przeprowadzenia działań szkoleniowych decyduje realizator.

Przedstawione koszty jednostkowe edukacji zdrowotnej oraz szkoleń dla lekarzy POZ, lekarzy geriatrów oraz opiekunów osób starszych przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych są tożsame z kosztami świadczeń realizowanych ambulatoryjnie, środowiskowo i stacjonarnie.

#### **3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

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

Realizator programu musi zapewnić równocześnie możliwość rejestracji telefonicznej lub elektronicznej.

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

#### **3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

- 1) zostaną mu udzielone wszystkie należne interwencje przewidziane w programie;
- 2) bez wcześniejszego zgłoszenia realizatorowi, nie będzie uczestniczył w zaplanowanej interwencji (w przypadku sesji terapeutycznych po nieobecności na minimum 2 sesjach z rzędu bez wcześniejszej informacji o nieobecności);

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

3) zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w rozdziale 3.2.

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

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

Działania prowadzone w ramach trwania programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentów. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującymi prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

#### **4. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

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

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

Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie [www.mazovia.pl](http://www.mazovia.pl) oraz w siedzibie Organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa.

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

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

**Ad 2.** Województwo Mazowieckie oraz realizatorzy programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Informacja o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie przekazana zostanie również do jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa mazowieckiego oraz jednostek skupiających osoby starsze (np. uniwersytety trzeciego wieku, rady senioralne). Dopuszczone są inne



Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt). Materiały informacyjno-promocyjne wymagają wcześniejszej akceptacji Województwa Mazowieckiego oraz muszą zawierać logo Województwa Mazowieckiego – szczegóły w tym zakresie regulować będzie umowa na realizację programu.

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

**Ad 4.** Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji:

- 1) badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji,
- 2) konsultacja ze specjalistą,
- 3) sesje terapeutyczne,
- 4) podsumowanie terapii,
- 5) edukacja zdrowotna,
- 6) działania szkoleniowe dla lekarzy POZ i geriatrów oraz opiekunów osób starszych.

Szczegółowy opis przeprowadzenia powyższych interwencji przedstawiono w rozdziale 3.3.

Planowane interwencje.

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

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

Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu przedstawia Tabela 3.

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

*Tabela 3 Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu (źródło: opracowanie własne)*

| Lp. | Nazwa działania   | Wykonawca | Planowane rozpoczęcie   | Planowane zakończenie   |
|-----|---|-----------|-------------------------|-------------------------|
| 1.  | Decyzja o rozpoczęciu prac nad projektem PPZ              | ZWM       | 2 listopada 2022 r.     | 2 listopada 2022 r.     |
| 2.  | Opracowanie projektu PPZ                                  | ZD        | 3 listopada 2022 r.     | 24 marca 2023 r.        |
| 3.  | Wycena świadczeń  | ZD        | 27 marca 2023 r.        | 11 kwietnia 2023 r.     |
| 4.  | Konsultacje projektu PPZ z JST oraz wprowadzenie ew. uwag | ZD        | 24 kwietnia 2023 r.     | 8 maja 2023 r.          |
| 5.  | Zaakceptowanie projektu PPZ                               | ZWM       | 16 maja 2023 r.         | 16 maja 2023 r.         |
| 6.  | Opiniowanie projektu PPZ (2 miesiące)                     | AOTMiT    | 18 maja 2023 r.         | 18 lipca 2023 r.        |
| 7.  | Aktualizowanie projektu PPZ                               | ZD        | 19 lipca 2023 r.        | 2 października 2023 r.  |
| 8.  | Przygotowanie dokumentacji konkursowej                    | ZD        | 2 października 2023 r.  | 6 października 2023 r.  |
| 9.  | Uchwała o wdrożeniu PPZ                                   | ZWM       | 10 października 2023 r. | 10 października 2023 r. |
| 10. | Ogłoszenie konkursu na wybór realizatorów PPZ             | ZD        | 10 października 2023 r. | 10 października 2023 r. |
| 11. | Składanie ofert konkursowych                              | Oferenci  | 12 października 2023 r. | 27 października 2023 r. |
| 12. | Ocena formalna i merytoryczna ofert                       | ZD        | 30 października 2023 r. | 20 listopada 2023 r.    |
| 13. | Ogłoszenie wyników konkursu                               | ZWM       | 28 listopada 2023 r.    | 28 listopada 2023 r.    |

|     |  |                  |                     |                      |
|-----|--|------------------|---------------------|----------------------|
| 14. | Podpisywanie umów z realizatorami  | ZD, realizatorzy | 1 grudnia 2023 r.   | 15 grudnia 2023 r.   |
| 15. | Realizacja PPZ   | realizatorzy     | 16 grudnia 2023 r.  | 30 listopada 2025 r. |
| 16. | Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2024 r.                                     | realizatorzy     | 1 stycznia 2025 r.  | 31 stycznia 2025 r.  |
| 17. | Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2025 r.                                     | realizatorzy     | 1 stycznia 2026 r.  | 31 stycznia 2026 r.  |
| 18. | Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2026 r.                                     | realizatorzy     | 1 stycznia 2027 r.  | 31 stycznia 2027 r.  |
| 20. | Opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ (2 miesiące)                                    | ZD               | 31 stycznia 2027 r. | 31 marca 2027 r.     |
| 22. | Zaakceptowanie raportu końcowego przez ZWM   | ZWM              | 1 kwietnia 2027 r.  | 8 kwietnia 2027 r.   |
| 23. | Przekazanie raportu końcowego PPZ do AOTMiT oraz zamieszczanie jego treści na BIP Organizatora | ZD               | 9 kwietnia 2027 r.  | 23 kwietnia 2027 r.  |

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025;

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

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

ZWM - Zarząd Województwa Mazowieckiego.

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

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

Na etapie konkursu oferent będzie zobowiązany do wskazania towarzystwa wydającego certyfikat personelowi przeprowadzającemu terapię lub wskazanie podmiotu prowadzącego kształcenie personelu przeprowadzającego terapię – uprawniającego do prowadzenia terapii poznawczo-behawioralnej.

Realizator musi podczas realizacji programu posiadać do dyspozycji następujący personel:

##### Wymagania dotyczące personelu:

- 1) w zakresie kwalifikacji do programu – co najmniej 1 osoba wykonująca zawód medyczny;
- 2) w zakresie przeprowadzenia badania przesiewowego w kierunku wykrycia depresji: co najmniej 1 magister psychologii lub inny specjalista po ukończonym ogólnym szkoleniu z psychometrii zakończonym zaliczonym egzaminem z psychometrii według programu zaakceptowanego przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne;
- 3) w zakresie konsultacji ze specjalistą: co najmniej 1 lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii;
- 4) w zakresie przeprowadzenia sesji terapeutycznych i podsumowania terapii: co najmniej 1 psychoterapeuta w nurcie poznawczo-behawioralnym (CBT – cognitive behavioral therapy), lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty w tym nurcie zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (z późn. zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 5) w zakresie edukacji zdrowotnej: co najmniej 1 magister psychologii lub psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej lub specjalista psychologii klinicznej

lub psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii;

- 6) w zakresie działań szkoleniowych dla lekarzy POZ i geriatrów oraz opiekunów osób starszych:  
co najmniej 1 magister psychologii lub psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej lub specjalista psychologii klinicznej lub psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.

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

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

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

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

#### **Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:**

- 1) Realizator musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
- 2) Realizator podczas udzielania świadczeń medycznych w ramach programu musi przestrzegać zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 3) Realizator podczas udzielania świadczeń, zarówno w swojej siedzibie jak i poza nią, jest zobowiązany do zapewnienia uczestnikowi prywatności oraz komfortowych warunków uczestnictwa, np. braku osób trzecich podczas sesji terapeutycznych.
- 4) Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
- 5) Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika A1 przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto, uczestnik programu musi zostać poinformowany o źródłach finansowania programu. W przypadku uczestników szkoleń, każdy uczestnik musi przedłożyć wypełniony druk oświadczenia o wykonywanym zawodzie zgodny z załącznikiem A2 do programu.

- 6) O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu.
- 7) Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
- 8) Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Województwem Mazowieckim a realizatorem.
- 9) Uczestnik który zakończył udział w programie może wziąć w nim udział ponownie udział po 6 miesiącach od zakończenia udziału – pod warunkiem ponownego spełnienia kryteriów kwalifikacji do udziału w programie określonych w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
- 10) Realizator w trakcie realizacji programu zobowiązany jest do udzielania zaplanowanych interwencji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i rekomendacjami.
- 11) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
- 12) Realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej. Dokumentacja programowa zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji programu nie będące dokumentacją medyczną. Dokumentacja programowa powinna zawierać m.in. zgody uczestników na udział w programie, oświadczenia o wykonywanym zawodzie, rezygnacje z dalszego uczestnictwa w programie, wypełnione testy 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji, ankiety satysfakcji obydwu grup docelowych, testy wiedzy uczestników szkolenia i edukacji zdrowotnej.

## **5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **5.1. Monitorowanie**

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

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

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

- 1) sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D do programu;
- 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu oraz lekarzy i opiekunów osób starszych – zgodnie z treścią wzorów ankiet stanowiących załączniki C1, C2 i C3 do programu.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

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

### **Ad 1. Ocena zgłaszalności do programu**

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Definicja osoby aplikującej do programu znajduje się w słowniczku na początku programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

- 1) imiona i nazwiska osób ubiegających się o udział w programie;
- 2) dane kontaktowe do osób ubiegających się o udział w programie.

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

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

### **Ad 2. Ocena jakości świadczeń w programie**

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu oraz uczestników szkolenia dla lekarzy oraz opiekunów osób starszych.

W przypadku uczestników programu, tj. osób powyżej 60 roku życia – I grupy docelowej, jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiety satysfakcji zgodnej z treścią załącznika C1 lub C2 do programu. Każdy uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po:

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

W przypadku lekarzy oraz opiekunów osób starszych, tj. – II grupy docelowej, jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiety satysfakcji zgodnej z treścią załącznika C3 do programu. Każdy uczestnik szkolenia zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po zakończeniu szkolenia.

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

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

Analizy wyników ankiet satysfakcji muszą zawierać:

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

Realizator musi przedstawić odrębne analizy dla poszczególnych załączników.

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

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

Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu.

Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

### **Ad 3. Ocena efektywności programu**

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

#### **5.2. Ewaluacja**

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

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

Analiza sprawozdań pozwoli uzyskać dane na temat zgłaszalności do programu, a co za tym idzie zapotrzebowania na świadczenia w zakresie diagnozowania i leczenia depresji wśród mieszkańców województwa mazowieckiego powyżej 60 roku życia.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy przygotowują pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

Spółecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. sprawozdań końcowych oraz innych danych otrzymanych od realizatorów programu.

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

## 6. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 6.1. Koszty jednostkowe

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku na początku programu. Na potrzeby oszacowania kosztu wsparcia uczestnika programu, ustalono sztywną wartość kosztów pośrednich, wynoszącą 10% wartości kosztów bezpośrednich. W ramach kosztów pośrednich uwzględniono koszty przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej oraz monitoringu i ewaluacji programu.

W związku z opracowywaniem projektu programu Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie przesłał zapytanie z prośbą o wycenę głównych świadczeń do 50 podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie województwa mazowieckiego.

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego w programie są sumą średniej arytmetycznej tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy oraz 10% wartości otrzymanej średniej.

Tabela 4 Średnia wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z I grupy docelowej skierowanego na sesje terapeutyczne – świadczenia realizowane w siedzibie realizatora (ambulatoryjnie) (źródło: opracowanie własne)<sup>26</sup>

| Nazwa elementu  | Koszt jednostkowy wraz z kosztami pośrednimi | Ilość | Razem       |
|---|--|-------|-------------|
| Kwalifikacja uczestnika do programu – ambulatoryjna   | 170,14 zł                                    | 1     | 170,14 zł   |
| Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji – ambulatoryjne, przed rozpoczęciem cyklu sesji terapeutycznych    | 203,14 zł                                    | 1     | 203,14 zł   |
| Konsultacja ze specjalistą – ambulatoryjna  | 255,57 zł                                    | 1     | 255,57 zł   |
| Sesje terapeutyczne – ambulatoryjne   | 228,75 zł                                    | 15    | 3 431,25 zł |
| Drugie badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji – ambulatoryjne, po zakończeniu cyklu sesji terapeutycznych | 203,14 zł                                    | 1     | 203,14 zł   |

<sup>26</sup> Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 12 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika (średnia wycen z 10 podmiotów).

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika z I grupy docelowej skierowanego na sesje terapeutyczne, w przypadku świadczeń realizowanych ambulatoryjnie, wynosi 4 263,24 zł.



Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

Tabela 5 Średnia wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z I grupy docelowej skierowanego na sesje terapeutyczne – świadczenia realizowane w placówkach opieki długoterminowej (środowiskowe) (źródło: opracowanie własne)<sup>27</sup>

| Nazwa elementu   | Koszt jednostkowy wraz z kosztami pośrednimi | Ilość | Razem       |
|--|--|-------|-------------|
| Kwalifikacja uczestnika do programu – środowiskowa   | 233,98 zł                                    | 1     | 233,98 zł   |
| Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji – środowiskowe, przed rozpoczęciem cyklu sesji terapeutycznych    | 238,11 zł                                    | 1     | 238,11 zł   |
| Konsultacja ze specjalistą – środowiskowa  | 382,47 zł                                    | 1     | 382,47 zł   |
| Sesje terapeutyczne – środowiskowe   | 346,72 zł                                    | 15    | 5 200,80 zł |
| Drugie badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji – środowiskowe, po zakończeniu cyklu sesji terapeutycznych | 238,11 zł                                    | 1     | 238,11 zł   |

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika z I grupy docelowej skierowanego na sesje terapeutyczne, w przypadku świadczeń realizowanych w placówkach opieki długoterminowej, wynosi 6 293,47 zł.

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

Tabela 6 Wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z I grupy docelowej skierowanego na edukację zdrowotną – świadczenia realizowane w siedzibie realizatora (ambulatoryjnie) (źródło: opracowanie własne)<sup>28</sup>

| Nazwa elementu   | Koszt jednostkowy wraz z kosztami pośrednimi | Ilość | Razem     |
|--|--|-------|-----------|
| Kwalifikacja uczestnika do programu – ambulatoryjna                | 160,24 zł                                    | 1     | 160,24 zł |
| Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji – ambulatoryjne   | 193,24 zł                                    | 1     | 193,24 zł |
| Konsultacja ze specjalistą – ambulatoryjna                         | 269,87 zł                                    | 1     | 269,87 zł |
| Edukacja zdrowotna wraz z pre-testem i post-testem – ambulatoryjna | 173,75 zł                                    | 1     | 173,75 zł |

<sup>27</sup> Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 10 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika (średnia wycen z 8 podmiotów).

<sup>28</sup> Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 12 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika (średnia wycen z 10 podmiotów).

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika z I grupy docelowej skierowanego na edukację zdrowotną, w przypadku świadczeń realizowanych ambulatoryjnie, wynosi 797,10 zł.

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

Tabela 7 Wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z I grupy docelowej skierowanego na edukację zdrowotną – świadczenia realizowane w placówkach opieki długoterminowej (środowiskowe) (źródło: opracowanie własne)<sup>29</sup>

| Nazwa elementu  | Koszt jednostkowy wraz z kosztami pośrednimi | Ilość | Razem     |
|---|--|-------|-----------|
| Kwalifikacja uczestnika do programu – środowiskowa                | 254,61 zł                                    | 1     | 254,61 zł |
| Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji – środowiskowe   | 257,36 zł                                    | 1     | 257,36 zł |
| Konsultacja ze specjalistą – środowiskowa                         | 361,84 zł                                    | 1     | 361,84 zł |
| Edukacja zdrowotna wraz z pre-testem i post-testem – środowiskowa | 238,09 zł                                    | 1     | 238,09 zł |

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika z I grupy skierowanego na edukację zdrowotną, w przypadku świadczeń realizowanych w placówkach opieki długoterminowej, wynosi 1 111,90 zł.

Tabela 8 Wartość świadczeń przypadających na 1 grupę szkoleniową z II grupy docelowej (źródło: opracowanie własne)<sup>30</sup>

| Nazwa elementu   | Koszt jednostkowy wraz z kosztami pośrednimi | Ilość | Razem       |
|--|--|-------|-------------|
| Działania szkoleniowe dla lekarzy i opiekunów osób starszych wraz z pre-testem i post-testem (koszt przypadający na 1 grupę szkoleniową) | 1 870,00 zł                                  | 1     | 1 870,00 zł |

Maksymalny koszt udziału w programie jednej grupy szkoleniowej z II grupy docelowej wynosi 1 870,00 zł.

Koszty przedstawione w tabelach 4, 5, 6, 7 i 8 są kwotami maksymalnymi, jakie oferenci mogą przedstawić w swoich ofertach w ramach konkursu na wybór realizatora programu.

<sup>29</sup> Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 10 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika (średnia wycen z 8 podmiotów).

<sup>30</sup> Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 12 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 grupę szkoleniową (średnia wycen z 10 podmiotów).

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

Świadczenia zrealizowane w ramach programu i wykazane w sprawozdaniach przez poszczególnych realizatorów nie mogą jednocześnie być sfinansowane z innych środków publicznych (w tym Narodowego Funduszu Zdrowia).

W kalkulacji założono, że:

- 248 uczestników z I grupy docelowej skorzysta z badania przesiewowego, konsultacji ze specjalistą, sesji terapeutycznych oraz spotkania podsumowującego terapię realizowanych w siedzibie realizatora (ambulatoryjnie),
- 186 uczestników z I grupy docelowej skorzysta z badania przesiewowego, konsultacji ze specjalistą, sesji terapeutycznych oraz spotkania podsumowującego terapię realizowanych w placówkach opieki długoterminowej (środowiskowo),
- u 126 uczestników z I grupy docelowej przeprowadzone zostanie badanie przesiewowe w kierunku depresji, konsultacja ze specjalistą i edukacja zdrowotna realizowane w siedzibie realizatora (ambulatoryjnie),
- u 127 uczestników z I grupy docelowej przeprowadzone zostanie badanie przesiewowe w kierunku depresji, konsultacja ze specjalistą i edukacja zdrowotna realizowane w placówkach opieki długoterminowej (środowiskowo),
- około 69 grup (1035 osób) z II grupy docelowej skorzysta ze szkoleń.

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

Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji interwencjami można objąć około 687 osób z I grupy docelowej, w tym:

- w 2023 r. 137 osób;
- w 2024 r. 275 osób;
- w 2025 r. 275 osób.

Dodatkowo, szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji szkoleniami dla lekarzy i opiekunów osób starszych można objąć około 69 grup (około 1035 osób z II grupy docelowej), w tym:

- w 2023 r. 13 grup (195 osób);
- w 2024 r. 28 grup (420 osób);
- w 2025 r. 28 grup (420 osób).

## **6.2. Koszty całkowite**

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2023-2025. Planowany budżet programu został określony w wysokości 2 600 000 zł, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2023 r.: 600 000 zł;
- 2024 r.: 1 000 000 zł;
- 2025 r.: 1 000 000 zł.

## **6.3. Źródła finansowania**

Program zostanie sfinansowany ze środków własnych Województwa Mazowieckiego.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

W przypadku posiadania dodatkowych środków finansowanych w budżecie Województwa Mazowieckiego, budżet programu może zostać zwiększony. W przypadku braku zainteresowania udziałem w programie mieszkańców, budżet programu może zostać zmniejszony.

## **Bibliografia**

### **Publikacje:**

1. B. Kijanowska-Haładyna, A. Borzym, A. Z. Antosik-Wójcińska, I. Kurkowska-Jastrzębska, „Rekomendacje postępowania w przypadku depresji u osób starszych, wraz z propozycją programu profilaktyki dla lekarzy POZ, lekarzy geriatrów i pielęgniarek geriatrycznych”, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
2. Depression and Other Common Mental Disorders”, Global Health Estimates; 2017
3. Hans-Jürgen Möller, „Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych”, Psychiatria Polska 2018; 52(4): 611–628
4. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, „Psychiatria Tom I. Podstawy psychiatrii”, Wrocław, 2010
5. J. Szczepańska-Gieracha, L. Jaworska, J. Mazurek, A. Skrzek, „Ujęcie biopsychospołeczne w leczeniu depresji u osób starszych”, Gerontologia Współczesna 3/2017, vol. 5, 2017
6. Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, „Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej”, Warszawa, 2019
7. Komunikat prasowy z okazji Światowego Dnia Zdrowia 2017, Depresja – porozmawiajmy”, World Health Organization, Regional Office for Europe, Warszawa, 2017
8. L. Bidzan, „Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym”, Medycyna Wieku Podeszłego 2011, tom 1, nr 1
9. P. Zagożdżon, K. Broczek, H. Kujawksa-Danecka, R. Czernych, M. Mossakowska, „Występowanie objawów depresyjnych”, „PolSenior2”, 2021
10. S. Kałucka, „Cechy depresji w wieku podeszłym- etiologia, rozpoznawanie i leczenie”, Geriatra 2014; 8

### **Źródła internetowe:**

1. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>
2. <http://mpz.mz.gov.pl/>
3. <https://nipip.pl/liczba-pielegniarek-poloznych-zarejestrowanych-zatrudnionych/>
4. <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
5. <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>

### **Akty prawne:**

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025
3. Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023-2025

7. Uchwała nr 1631/381/18 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 15 października 2018 r. w sprawie Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018 – 2023 zmieniona uchwałą nr 1440/253/21 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 13 września 2021 r.

## **Załącznik A1. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania\***

.....  
*Imię i nazwisko uczestnika*

.....  
*Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)*

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego” (dalej zwany „programem”) mieszkam na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego<sup>31</sup>.

### **Świadoma zgoda na udział w programie**

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

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego a udział w nim jest bezpłatny.

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

Jednocześnie oświadczam, że nie korzystam w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz nie biorę udziału w tym bądź innym analogicznym projekcie finansowanym ze środków publicznych (np. Narodowego Funduszu Zdrowia).

Oświadczam, że do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego” na lata 2023-2025 aplikuję po raz pierwszy/zakończyłam(em) udział minimum 6 miesięcy wcześniej\*.

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

Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

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

.....  
*Data i podpis uczestnika*

Oryginał/kopia\*

\* niepotrzebne skreślić

<sup>31</sup> Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

## **Załącznik A2. Oświadczenie o wykonywanym zawodzie\***

.....  
*Imię i nazwisko uczestnika*

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że jestem lekarzem zatrudnionym w województwie mazowieckim w placówce podstawowej opieki zdrowotnej/lekarzem geriatrą wykonyującym zawód na terenie województwa mazowieckiego/osobą zawodowo sprawującą opiekę nad osobami powyżej 60 roku życia\*.

.....  
*Nazwa pracodawcy/miejsce wykonywania zawodu*

Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że szkolenie realizowane w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego” na lata 2023-2025 finansowane jest ze środków Województwa Mazowieckiego.

Otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

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

.....  
*Data i podpis uczestnika*

Oryginał/kopia\*

\* niepotrzebne skreślić



## Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie

.....  
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego”.

Powodem rezygnacji jest\*\*:

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

.....  
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia\*

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

### **Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – I grupa docelowa uczestnicząca w sesjach terapeutycznych**

Ankieta ta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag dotyczących udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego”.

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

W pytaniach 1-4 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. Jak ocenia Pani/Pan postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?  
1      2      3      4      5
2. Jak ocenia Pani/Pan specjalistę przeprowadzającego konsultację?  
1      2      3      4      5
3. Jak ocenia Pani/Pan osobę prowadzącą sesje terapeutyczne?  
1      2      3      4      5
4. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?  
1      2      3      4      5
5. Czy udział w sesjach terapeutycznych był dla Pani/Pana pomocny?
  - tak, moje objawy ustąpiły
  - tak, zmniejszyło się nasilenie objawów
  - nie zauważyłam/nie zauważyłem zmian
  - nie, moje objawy nie ustąpiły ani nie zmniejszyło się ich nasilenie
  - nie, zaobserwowałam/zaobserwowałem nasilenie się objawów
6. Odnosząc się do udziału w sesjach terapeutycznych (można wybrać kilka odpowiedzi):
  - jestem zadowolona/zadowolony
  - otrzymałam/otrzymałem wsparcie i zrozumienie
  - wiem, że w każdej chwili mogę prosić o dalszą pomoc i gdzie mogę ją uzyskać
  - jestem zadowolona/zadowolony, ale można wprowadzić zmiany (jakie?)  
.....
  - żadne z powyższych
7. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)
  - z podmiotu leczniczego/personelu medycznego
  - od rodziny, znajomych
  - od pracownika socjalnego
  - z Internetu

inne (jakie?) ....

8. Jakie zmiany, według Pani/Pana opinii, powinny zostać wprowadzone do Programu?

.....  
.....

9. Inne uwagi

.....  
.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

## **Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – I grupa docelowa uczestnicząca w edukacji zdrowotnej**

Ankieta ta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag dotyczących udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego”.

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

W pytaniach 1-4 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. Jak ocenia Pani/Pan postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?  
1      2      3      4      5
2. Jak ocenia Pani/Pan specjalistę przeprowadzającego konsultację?  
1      2      3      4      5      nie dotyczy
3. Jak ocenia Pani/Pan osobę prowadzącą edukację zdrowotną?  
1      2      3      4      5
4. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?  
1      2      3      4      5
5. Odnosząc się do udziału w edukacji zdrowotnej (można wybrać kilka odpowiedzi):
  - jestem zadowolona/zadowolony
  - poznałam/poznałem charakterystyczne objawy depresji
  - otrzymałam/otrzymałem informacje, które mogą być przydatne w przyszłości
  - wiem, że w przypadku dostrzeżenia u siebie lub innej osoby objawów depresji mogę prosić o pomoc i wiem gdzie mogę ją uzyskać
  - jestem zadowolona/zadowolony, ale można wprowadzić zmiany (jakie? .....)
  - trudno powiedzieć
  - żadne z powyższych
6. Który z poruszonych tematów był w Pani/Pana ocenie najbardziej interesujący, przydatny:  
.....
7. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)
  - z podmiotu leczniczego/personelu medycznego
  - od rodziny, znajomych
  - od pracownika socjalnego
  - z Internetu
  - inne (jakie?) ....

8. Jakie zmiany, według Pani/Pana opinii, powinny zostać wprowadzone do Programu?

.....  
.....

9. Inne uwagi

.....  
.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiet

### **Załącznik C3. Wzór ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla lekarzy i opiekunów osób starszych**

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w szkoleniu w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego”.

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

W pytaniach 1-8 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. W jakim stopniu szkolenie spełniło Pani/Pana oczekiwania?  
1      2      3      4      5
2. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę i kompetencję osoby/osób prowadzącej/prowadzących szkolenie?  
1      2      3      4      5
3. Jak ocenia Pani/Pan przydatność przekazywanych treści?  
1      2      3      4      5
4. Jak ocenia Pani/Pan poziom merytoryczny szkolenia?  
1      2      3      4      5
5. Jak ocenia Pani/Pan stan swojej wiedzy po zakończeniu udziału w szkoleniu?  
1      2      3      4      5
6. Jak ocenia Pani/Pan formę szkolenia?  
1      2      3      4      5
7. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w szkoleniu?  
1      2      3      4      5
8. Jak ocenia Pani/Pan organizację szkolenia?  
1      2      3      4      5
9. Czy uważa Pani/Pan, że szkolenia dotyczące depresji u osób powyżej 60 roku życia powinny być kontynuowane w następnych latach?  
 Tak  
 Nie
10. Który z poruszonych tematów był w Pani/Pana ocenie najbardziej interesujący, przydatny:  
.....
11. Inne uwagi  
.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

## Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego\*

### Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe\* z realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60 roku życia z województwa mazowieckiego”

Dane realizatora: ..... (nazwa, adres)

Nr umowy: .....

Sprawozdanie za okres: .....

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

| Nr   | Nazwa wskaźnika   | Wartość wskaźnika |
|------|---|-------------------|
| 1.   | Liczba osób aplikujących do programu  |                   |
| 2.   | Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie (suma pozycji 2.1. i 2.2.)   |                   |
| 2.1. | Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie w trybie ambulatoryjnym (świadczenia udzielane będą w siedzibie realizatora)                                     |                   |
| 2.2. | Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie w trybie środowiskowym (świadczenia udzielane będą w placówkach opieki długoterminowej)                          |                   |
| 3.   | Liczba uczestników, zakwalifikowanych do udziału w programie u których stwierdzono depresję poza programem (suma pozycji 3.1. i 3.2.)                                 |                   |
| 3.1. | Liczba uczestników ze stwierdzoną depresją poza programem <b>uznaną przez specjalistę</b>   |                   |
| 3.2. | Liczba uczestników ze stwierdzoną depresją poza programem nieuznaną przez specjalistę i <b>skierowanych na badanie przesiewowe</b>                                    |                   |
| 4.   | Liczba uczestników u których przeprowadzono badanie przesiewowe w kierunku depresji (suma pozycji 4.1., 4.2. i 4.3.)  |                   |
| 4.1. | Liczba uczestników u których przeprowadzono badanie przesiewowe bez wcześniejszej stwierdzonej depresji   |                   |
| 4.2. | Liczba uczestników u których wykonano badanie przesiewowe w kierunku depresji – ( <i>depresja stwierdzona przed programem, uznana przez specjalistę</i> )             |                   |
| 4.3. | Liczba uczestników u których wykonano badanie przesiewowe w kierunku depresji – ( <i>depresja stwierdzona przed programem, nieuznana przez specjalistę</i> )          |                   |
| 5.   | Liczba uczestników z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego przeprowadzonego w ramach programu (suma pozycji 5.1. i 5.2.)  |                   |
| 5.1. | Liczba uczestników z negatywnym wynikiem badania przesiewowego oraz w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Depresji <b>uzyskali wynik minimum 10 punktów</b>      |                   |
| 5.2. | Liczba uczestników z negatywnym wynikiem badania przesiewowego oraz w badaniu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Depresji <b>nie uzyskali wyniku minimum 10 punktów</b> |                   |

|       |  |  |
|-------|--|--|
| 6.    | Liczba uczestników u których przeprowadzono konsultację ze specjalistą   |  |
| 7.    | Liczba przeprowadzonych konsultacji ze specjalistą   |  |
| 8.    | Liczba uczestników, których skierowano na sesje terapeutyczne (suma pozycji 8.1. i 8.2.)   |  |
| 8.1.  | Liczba uczestników z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego skierowanych na sesje terapeutyczne                               |  |
| 8.2.  | Liczba uczestników z negatywnym wynikiem badania przesiewowego skierowanych na sesje terapeutyczne                               |  |
| 9.    | Liczba zleconych sesji terapeutycznych   |  |
| 10.   | Liczba uczestników, którzy rozpoczęli udział w sesjach terapeutycznych (uczestniczyli w co najmniej jednej sesji terapeutycznej) |  |
| 11.   | Liczba przeprowadzonych sesji terapeutycznych  |  |
| 12.   | Liczba przeprowadzonych spotkań podsumowujących terapię  |  |
| 13.   | Liczba uczestników skierowanych do udziału w edukacji zdrowotnej   |  |
| 14.   | Liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej (suma pozycji 14.1. i 14.2.)   |  |
| 14.1. | Liczba uczestników programu uczestniczących w edukacji zdrowotnej  |  |
| 14.2. | Liczba członków rodziny/osób bliskich uczestnika uczestniczących w edukacji zdrowotnej   |  |
| 15.   | Liczba uczestników edukacji zdrowotnej, u których odnotowano wzrost wiedzy   |  |
| 16.   | Liczba uczestników, którzy zakończyli udział w programie (suma pozycji 16.1. i 16.2.)  |  |
| 16.1. | Liczba uczestników, którym udzielono wszystkie należne interwencje przewidziane w programie                                      |  |
| 16.2. | Liczba uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie bądź nie uczestniczyli w zaplanowanej interwencji                  |  |

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

| Nr.  | Nazwa wskaźnika  | Wartość wskaźnika |
|------|--|-------------------|
| 1.   | Liczba osób aplikujących do udziału w szkoleniu  |                   |
| 2.   | Liczba uczestników szkolenia   |                   |
| 3.   | Liczba uczestników szkolenia, u których odnotowano wzrost wiedzy                         |                   |
| 4.   | Liczba przeprowadzonych szkoleń (spotkań) (suma pozycji 4.1. i 4.2.)                     |                   |
| 4.1. | Liczba przeprowadzonych szkoleń (spotkań) w formie stacjonarnej                          |                   |
| 4.2. | Liczba przeprowadzonych szkoleń (spotkań) przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych |                   |



**Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu (dotyczy sprawozdania końcowego)**

| Nr. | Nazwa wskaźnika  | Wartość wskaźnika |
|-----|--|-------------------|
| 1.  | Iloraz liczby osób, u których w ramach programu zostało zidentyfikowane podejrzenie zaburzenia depresyjnego i liczby osób powyżej 60 roku życia mieszkających w województwie mazowieckim – wynik wyrażony w procentach |                   |
| 2.  | Iloraz liczby uczestników, u których przeprowadzono spotkanie podsumowujące terapię i liczby uczestników, którzy rozpoczęli udział w sesjach terapeutycznych   |                   |
| 3.  | Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej  |                   |
| 4.  | Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zaburzeń depresyjnych i liczby osób uczestniczących w szkoleniu z II grupy docelowej  |                   |

Uwagi:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – I grupa docelowa – załącznik C1:

.....

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – I grupa docelowa – załącznik C2:

.....

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników szkolenia – II grupa docelowa – załącznik C3:

.....

.....

Oświadczam, że świadczenia wykazane w sprawozdaniu nie zostały jednocześnie sfinansowane z innych środków publicznych (w tym Narodowego Funduszu Zdrowia).

.....  
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....  
Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

\* Niepotrzebne skreślić

## **Załącznik E. Test wiedzy dla I grupy docelowej**

Imię i nazwisko: .....

Liczba punktów: ...../10

Pre-test / post-test\*

\* Niepotrzebne skreślić

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

1. Do objawów depresji zalicza się:
  - a) rozdrażnienie i niepokój oraz obniżona samoocena
  - b) brak wrażliwości na odrzucenie
  - c) krótkotrwały smutek
  - d) niechęć do aktywności wymagających wysiłku niezwiązana z chorobami somatycznymi
2. Depresję podejrzewa się u osoby, u której niepokojące objawy i zachowania utrzymują się co najmniej przez:
  - a) tydzień
  - b) dwa tygodnie
  - c) miesiąc
  - d) trzy miesiące
3. Depresję może spowodować:
  - a) odrącenie, zapomnienie przez rodzinę
  - b) śmierć bliskiej osoby
  - c) wyprowadzka dzieci z rodzinnego domu
  - d) wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe
4. Pozytywny wpływ na ochronę zdrowia psychicznego (higienę psychiczną) ma:
  - a) odpowiednia jakość i długość snu
  - b) nieokazywanie emocji
  - c) rzadki kontakt z bliskimi osobami
  - d) bierne spędzanie czasu w samotności
5. Wpływ na pozytywną jakość snu ma:
  - a) spożywanie przed snem ciężkostrawnych posiłków
  - b) spożywanie kofeiny w godzinach popołudniowych i wieczornych
  - c) odpowiednia temperatura oraz zaciemnienie pomieszczenia
  - d) oglądanie telewizji krótko przed położeniem się spać
6. Nadmierny, chroniczny stres:
  - a) nie ma wpływu na stan zdrowia
  - b) może prowadzić do rozwoju depresji
  - c) poprawia pamięć i koncentrację
  - d) podnosi odporność
7. W sytuacjach stresowych zaleca się:
  - a) stosowanie ćwiczeń oddechowych

- b) objadanie się
  - c) wyładowanie złości, agresyjne zachowania
  - d) izolowanie się od najbliższych osób
8. Regularna aktywność fizyczna:
- a) wpływa korzystnie na funkcje poznawcze
  - b) zmniejsza ryzyko chorób, np. nadciśnienia, cukrzycy typu 2
  - c) wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne
  - d) wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe
9. Aktywność społeczna:
- a) wycofuje z życia rodzinnego, zabiera czas który można poświęcić najbliższym
  - b) ma pozytywny wpływ na zachowanie sprawności i przeciwdziała osamotnieniu
  - c) jest zbędna, gdyż trzeba zaakceptować zmiany w życiu (np. przejście na emeryturę)
  - d) zmniejsza odczuwanie satysfakcji życiowej
10. W celu zmniejszenia ryzyka depresji zaleca się:
- a) rozwijać swoje zainteresowania
  - b) starać się uczyć nowych rzeczy
  - c) spędzać aktywnie czas na świeżym powietrzu
  - d) wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe

**Klucz odpowiedzi do testu wiedzy dla I grupy docelowej**

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

## **Załącznik F. 15-punktowa Geriatryczna Skala Oceny Depresji – test**

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni.

1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?
  - a) tak
  - b) nie
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?
  - a) tak
  - b) nie
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?
  - a) tak
  - b) nie
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?
  - a) tak
  - b) nie
5. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?
  - a) tak
  - b) nie
6. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?
  - a) tak
  - b) nie
7. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?
  - a) tak
  - b) nie
8. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?
  - a) tak
  - b) nie
9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?
  - a) tak
  - b) nie
10. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?
  - a) tak
  - b) nie
11. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?
  - a) tak
  - b) nie
12. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?
  - a) tak
  - b) nie
13. Czy obecnie czyje się Pan(i) pełny(a) energii?
  - a) tak
  - b) nie
14. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?
  - a) tak
  - b) nie
15. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?
  - a) tak
  - b) nie

### **Klucz odpowiedzi do testu 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji**

Za każdą odpowiedź zgodą z poniższym kluczem przyznawany jest 1 punkt.

1. nie
2. tak
3. tak
4. tak
5. nie
6. tak
7. nie
8. tak
9. tak
10. tak
11. nie
12. tak
13. nie
14. tak
15. tak

### **Interpretacja wyników testu Geriatrycznej Skali Oceny Depresji**

0-5 punktów – bez depresji

6-9 punktów – depresja umiarkowana (prawdopodobna)

>10 – zwykle depresja