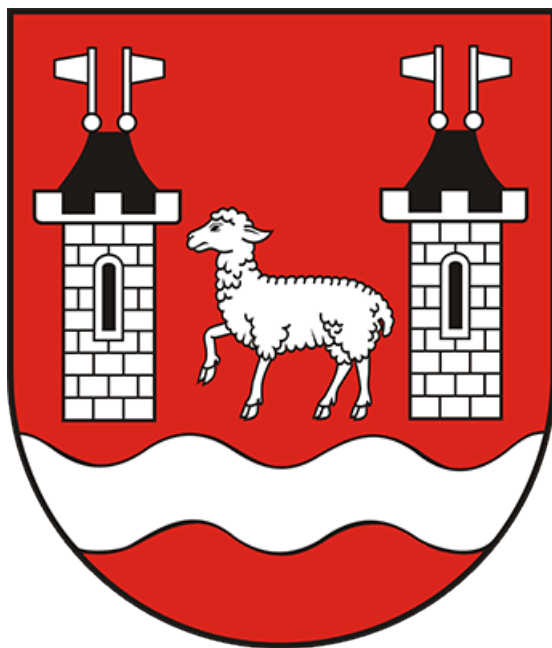




**Program polityki zdrowotnej
Powiatu Piaseczyńskiego
na lata 2023–2025**

**w zakresie
problemu zdrowotnego depresji poporodowej**

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.)

Piaseczno, grudzień 2022

Opracowanie dokumentu na zlecenie Powiatu Piaseczyńskiego
dr n. o zdr. Jacek Borowicz



dr n. o zdr. Jacek Borowicz
PubHealth
01-738 Warszawa, ul. Izabelli 16/12
NIP 538-157-48-57; REGON 368571482
tel. kom. 505-418-428
e-mail: jacek.borowicz@pubhealth.pl
www.pubhealth.pl

Spis treści

Spis treści	3
Spis tabel:.....	5
Spis rycin:	5
Podstawa przygotowania programu	6
Modelowe rozwiązanie	6
1. Opis problemu zdrowotnego	7
a. Choroba lub problem zdrowotny	7
b. Epidemiologia	10
Epidemiologia województwo mazowieckie	11
c. Obecne postępowanie	13
Świadczenia gwarantowane	13
Ogólnopolskie programy w zakresie zdrowia psychicznego	14
Wnioski z odnalezionych rekomendacji	15
2. Cele programu i mierniki efektywności	17
a. Cel główny	17
b. Cele szczegółowe	17
c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	17
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	18
a. Populacja docelowa	18
b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu	19
Kryteria ogólne włączenia	19
Kryteria szczegółowe dla poszczególnych etapów programu	20
c. Planowane interwencje	20
1. Rekrutacja uczestników	21
2. Kwalifikacja do działań w ramach programu	21

3. Szkolenia dla personelu medycznego	21
4. Działania informacyjno-edukacyjne	22
5. Przesiew z użyciem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP)	23
6. Konsultacje specjalistyczne	25
d. Sposób udzielania świadczeń.....	26
e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	27
4. Organizacja programu.....	28
a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów.....	28
Ad 4. Wybór realizatora	29
Ad 5. Kampania informacyjna	29
Ad 7 Monitoring działań.....	29
Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu	29
b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	30
5. Monitorowanie i ewaluacja	32
a. Monitorowanie	32
b. Ewaluacja	34
6. Koszty	36
a. Koszty jednostkowe	36
b. Planowane koszty całkowite	37
c. Źródła finansowania, partnerstwo	39
7. Edynburska Skala Depresji Poporodowej.....	40
8. Bibliografia	42
9. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora	44
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór	44

b. Zgoda na udział w programie - wzór	45
c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne - wzór...	46

Spis tabel:

Tabela 1. Liczba urodzeń w powiecie piaseczyńskim w latach 2010-2021	18
Tabela 2. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu	37
Tabela 3. Rodzaje rocznych kosztów pośrednich.....	37
Tabela 4. Koszty całkowite realizacji programu w okresie 3 letnim.....	38
Tabela 5. Planowany roczny budżet programu w zł.	38

Spis rycin:

Rycina 1. Wskaźnik zapadalności (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) – Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.....	12
Rycina 2. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. kobiet - Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.....	13

Podstawa przygotowania programu

Program został przygotowany na podstawie Rekomendacji nr 13/2020 z dnia 30 listopada 2020 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących problemu zdrowotnego depresji poporodowej.

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 265/2017 z dnia 20 września 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” oraz Raportu nr OT.423.7.2018 pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji poporodowej. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów”, data ukończenia raportu: styczeń 2020.

Modelowe rozwiązanie

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. 2017 poz. 2476).

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Choroba lub problem zdrowotny

Depresja jest terminem zawierającym w sobie wiele zaburzeń, wliczając w to zespół depresyjny. Jest to zespół nerwicowy będący reakcją na utratę (przewidywaną lub dokonaną) ważnych dla człowieka wartości, np.: zdrowie, kariera, tryb życia. Osoby dotknięte depresją doświadczają smutku, braku satysfakcji z podejmowanych działań, obniżenia energii, bezsenności, wahań masy ciała, uczucia straty i bezcelowości oraz nawracających myśli samobójczych.

Depresja poporodowa (pure postpartum depression) pojawia się w pierwszych czterech tygodniach po porodzie (10-20% kobiet wykazuje objawy depresji w pierwszym tygodniu po porodzie). Narastanie objawów występuje w ciągu 30 dni od urodzenia dziecka. Duża część kobiet (25-35%) cierpi z powodu obniżonego nastroju już w okresie ciąży, ale jedynie 20% z tych kobiet spełnia kryteria zaburzeń depresyjnych typu małej lub dużej depresji wg Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Występowanie depresji w ciąży jest rzadsze niż po porodzie.

Depresja jest jednym z głównych zaburzeń psychicznych. Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia na depresję choruje ok. 300 mln ludzi na całym świecie.

Problem wczesnego rozpoznawania depresji komplikuje fakt, że określenie „depresja” może być różnie definiowane i bywa różnie rozumiane. Termin „depresja” w języku codziennym bywa najczęściej używany w odniesieniu do złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia niezależnie od przyczyn tego stanu. W psychiatrii terminem tym określa się szczególnie rodzaj zaburzeń nastroju i emocji, mianowicie takie, które można uznać za zjawisko chorobowe, a więc wymagające pomocy lekarskiej.

Program dotyczy depresji definiowanej jako:

- choroby, zgodnej z kryteriami międzynarodowymi (ICD-10) czyli zaburzenia afektywnego, zwanego dawniej depresją endogenną; lub
- zespołu objawów występujących w innych zaburzeniach opisywanych w ICD-10 jako reakcja adaptacyjna, zaburzenie depresyjno-lękowe mieszane itp.

Nie dotyczy natomiast zespołu objawów nie spełniających kryteriów ICD-10 dla rozpoznania dużej depresji (bądź innego zaburzenia o nasileniu klinicznym), a więc stanu depresyjnego

będącego przyczyną istotnego dyskomfortu, ale nie będącego chorobą, choć mogącego się przerodzić w pełnoobjawowy stan chorobowy.

Dane WHO wskazują, że problem depresji dotyka częściej kobiet niż mężczyzn. Ważnym aspektem tego zagadnienia są zaburzenia nastroju oraz inne zaburzenia psychiczne związane z ciążą i porodem. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego istnieje związek między zaburzeniami nastroju a urodzeniem dziecka. Wskazano, że zaburzenia psychiczne wywołane przez ciążę czy poród mają niepowtarzalny charakter.

W literaturze wskazuje się trzy główne zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego:

- przygnębienie poporodowe (baby blues);
- depresja poporodowa;
- psychoza poporodowa.

Przygnębienie poporodowe jest zjawiskiem powszechnym. Szacuje się, że dotyczy 50-85% kobiet. Związane jest z fizjologiczną reakcją kobiety na poród, tj. zmianami hormonalnymi zachodzącymi w ciele kobiety. Rozwija się między 1. a 14. dniem po porodzie. Objawy przygnębienia poporodowego to przede wszystkim: umiarkowane obniżenie nastroju, chwiejność emocjonalna, płaczliwość, napięcie, drażliwość, nadmierna wrażliwość na bodźce, uczucie wyczerpania, nastawienie hipochondryczne, trudności z koncentracją uwagi, bóle głowy, zaburzenia snu, spadek apetytu, wrogość wobec partnera.

Depresja poporodowa (ICD-10: F53.0) opisywana jest jako epizod depresyjny, który pojawia się w przeciągu 12 miesięcy od porodu. Zwiększone ryzyko wystąpienia depresji poporodowej można wykryć jeszcze w czasie ciąży.

Głównymi czynnikami ryzyka rozwoju depresji okołoporodowej, tj. w okresie ciąży lub połogu, są: obecność epizodów depresyjnych w historii rodzinnej bądź osobistej, doświadczone w przeszłości seksualne bądź psychiczne molestowanie, fakt niechcianej bądź nieplanowanej ciąży, prowadzenie stresującego trybu życia, obecność cukrzycy przedporodowej i ciążowej oraz komplikacje w czasie ciąży (m.in. realne zagrożenie poronieniem oraz przedwczesny poród). Dodatkowo ryzyko zwiększają czynniki społeczne jak niski status socjoekonomiczny czy brak wsparcia socjalnego i ekonomicznego. Istotnym czynnikiem podnoszącym ryzyko wystąpienia depresji okołoporodowej może być także ciąża u nieletnich.

Objawy depresji poporodowej to głównie: obniżenie nastroju, przygnębienie występujące przez większą część dnia, wyraźny spadek zainteresowań lub odczuwania przyjemności z większości, jeżeli nie ze wszystkich, form aktywności, zmniejszenie lub wzrost apetytu, nadmierna senność lub bezsenność, trudności z zaśnięciem po nocnym karmieniu dziecka, zamartwianie się sytuacją zdrowotną niemowlęcia, opieką nad nim, przebiegiem karmienia piersią, uczucie bezwartościowości albo nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy: „*jestem złą matką*”, zmęczenie lub poczucie braku energii, słaba koncentracja lub trudność w podejmowaniu decyzji, nawracające myśli o śmierci, myśli i plany samobójcze, próby samobójcze.

Objawy takie jak depresyjny nastrój czy utrata zainteresowania są konieczne by stwierdzić depresję i muszą być one obecne przez minimum dwa tygodnie.

Depresję poporodową należy różnicować z mniej poważnym dla kobiet syndromem, tzw. „*baby blues*”, czyli przemijającym zaburzeniem nastroju obejmującym nieuzasadniony płacz, drażliwość, zmęczenie i niepokój. Syndrom ten ustępuje zazwyczaj w przeciągu 10 dni od porodu.

Objawy depresji natomiast pojawiają się najczęściej 2-3 tygodnie po porodzie, czyli co do zasady po opuszczeniu przez kobietę szpitala. Należy jednak pamiętać, iż epizody depresyjne mogą pojawić się w ciągu pierwszego roku od porodu. Według niektórych badań 10% kobiet doświadcza depresji w 8. tygodniu po urodzeniu dziecka, a 22% kobiet, gdy dziecko ma około 12 miesięcy.

W badaniach przesiewowych do oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej stosuje się formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP). Edynburska Skala Depresji Poporodowej opracowana przez: John L. Cox, Jenifer M. Holden i Ruth Sagovsky jest popularnym badaniem przesiewowym w kierunku depresji poporodowej. ESDP nie zastępuje badania klinicznego, ale z dużą trafnością identyfikuje osoby, które mogą mieć zaburzenia nastroju, co zostało potwierdzone licznymi badaniami.

Uzyskanie wyniku powyżej 12 punktów lub potwierdzenie obecności myśli nakierowanych na uszkodzenie własnego ciała jest wskazaniem do wykonania diagnozy przez specjalistę. Diagnoza depresji poporodowej, tak jak w przypadku innych typów depresji, następuje na drodze obserwacji zachowania oraz rozmowy z kobietą oraz z jej bliskimi.

b. Epidemiologia

Według danych WHO zaburzenia psychiczne bezpośrednio dotyczą obecnie 450 milionów osób. Przed 2030 rokiem depresja stanie się główną przyczyną skracania się długości życia. Depresja może występować w każdym wieku. Z danych publikowanych przez GUS wynika, że problem depresji dotyczy 16% dorosłych Polaków.

Badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska” (EZOP) to pierwsze ogólnopolskie badanie, w którym oszacowano rozpowszechnienie problemów psychicznych wśród Polaków. Badanie to przeprowadzono na reprezentatywnej grupie polskiego społeczeństwa w wieku 18-64. Zaburzenia nastroju i zaburzenia nerwicowe rozpoznawano łącznie u 13,1% respondentów.

Przygnębie poporodowe jest zjawiskiem powszechnym. Szacuje się, że dotyczy 50-85% kobiet, zaś depresja poporodowa występuje rzadziej. Zgodnie z wynikami metaanalizy podsumowującej 59 badań epidemiologicznych, rzeczywista częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie poporodowym wynosi ok. 13%. W literaturze wskazuje się, że depresja poporodowa dotyczy od 10% do 20% kobiet po porodzie.

W Polsce brak jest populacyjnych badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych, w tym depresji poporodowej.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych (MPZ) opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 2 stycznia 2017 r., mając na uwadze omawiany obszar, największy udział hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych wśród osób dorosłych w kraju stanowiły uzależnienia (44% hospitalizacji w skali kraju). W 2014 roku w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej dla dorosłych realizowano głównie świadczenia ogólnopsychiatryczne, które stanowiły 60,1% wszystkich porad. W świadczeniach profilowanych dominowało leczenie uzależnień (30,5%). Dane przedstawione w ramach map potrzeb zdrowotnych nie zawierają danych bezpośrednio odnoszących się do zaburzeń psychicznych związanych z depresją poporodową. Nie są również prowadzone rejestry, które odnosiłyby się do przedmiotowego problemu zdrowotnego. Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w skali światowej, około 10% kobiet w ciąży oraz 13% kobiet w okresie połogu doświadcza zaburzeń psychicznych, głównie depresji. W przypadku krajów rozwijających się odsetek ten może wynosić od 15,6% (u kobiet w ciąży) do 19,8% (u kobiet po porodzie).

Dostępne są badania ankietowe, w których częstość występowania depresji poporodowej szacuje się na poziomie od 10% do 30%. W oparciu o odszukane informacje w zakresie częstości występowania depresji porodowej w Polsce, przyjęto zgodnie z danymi WHO poziom 13%.

W roku 2021 odnotowano w Polsce 331 tys. urodzeń żywych, wobec czego szacunkowa liczba kobiet objętych depresją poporodową w jednym roku wynosi około 43 tys.

Należy jednak podkreślić, że powyższe oszacowanie jest obarczone dużym ryzykiem błędu. Ponadto wskaźnik może być zdecydowanie wyższy w populacji szczególnie narażonej na zachorowanie na depresję poporodową (grupy wysokiego ryzyka).

Epidemiologia województwo mazowieckie

Według danych przytoczonych w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie map potrzeb zdrowotnych na okres 2022-2026 rok (Dz.U. 2021, poz. 69), w *Załączniku 7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego na podstawie danych za 2019 r.* Na terenie województwa mazowieckiego obserwuje się spadek liczby urodzeń. 2019 r. był kolejnym, w którym odnotowano spadek ich liczby. W województwie mazowieckim współczynnik urodzeń żywych na 1000 mieszkańców był większy w miastach niż na wsi i taka sytuacja występuje niezmiennie od 2014 r. Natężenie urodzeń było wyższe niż średnio w kraju. Poziom reprodukcji ludności województwa nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń, tj., kiedy na 1 kobietę w wieku 15–49 lat przypada średnio 2 dzieci (optymalny współczynnik dzietności wynosi od 2,10 do 2,15 urodzeń dzieci) – wartość wskaźnika dla województwa wynosiła w 2019 roku 1,57 i daleka jest od optymalnej.

Według prognoz w kolejnych latach w województwie mazowieckim liczba kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) będzie się zmniejszać.

W odniesieniu do świadczeń położniczo- ginekologicznych stwierdzono, że kobiety zamieszkałe na obszarach wiejskich stanowiły 30% wszystkich pacjentek objętych opieką poradni położniczo-ginekologicznych. Jednocześnie ponad 80% z nich korzystało ze świadczeń na terenie gmin miejskich, czyli poza terenem swojego zamieszkania.

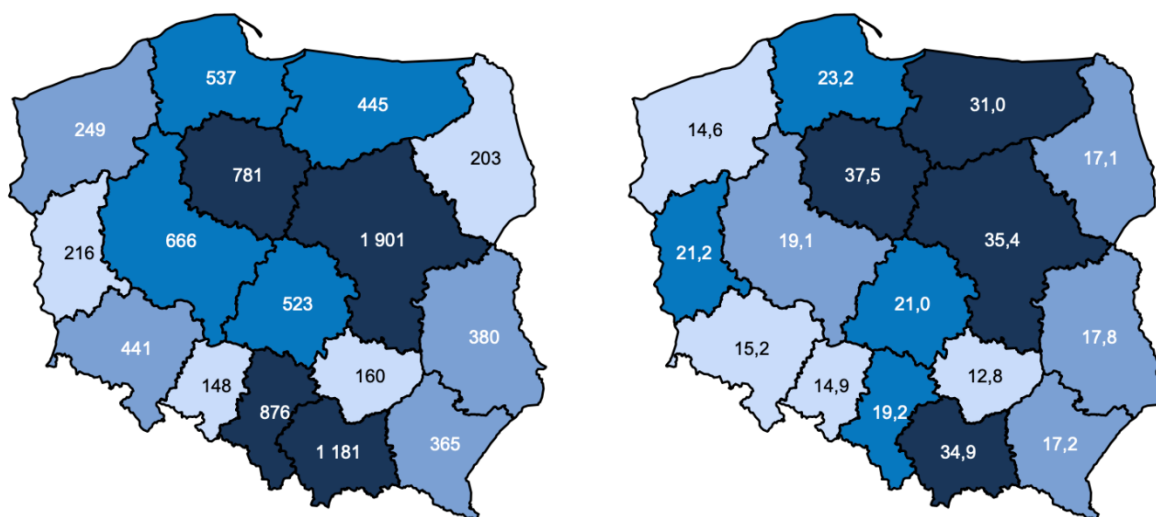
Wyzwaniem organizacyjnym dla powiatów, w tym powiatu piaseczyńskiego, pozostaje zapewnienie równomiernego, adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń

ginekologicznych na terenie województwa. Co będzie miało także wpływ na zapobieganie występowania w zakresie problemów zdrowotnych depresji poporodowej.

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa mazowieckiego zapadalność rejestrowana dla rozpoznaw z grupy „zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi” w roku 2016 wyniosła 9,1 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 23,6.

Lewa mapa przedstawia liczbę bezwzględną pacjentów w ramach analizowanego typu chorobowości, a prawa mapa przedstawia wskaźnik w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Województwo mazowieckie ma najwyższą zapadalność w wartościach bezwzględnych: 1901 i drugi najwyższy wskaźnik w kraju – 35,4.



Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina 1. Wskaźnik zapadalności (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) – Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa mazowieckiego

Zapadalność rejestrowana z grupy „zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi” w grupie kobiet jest wyraźnie wyższa niż średnie dla kraju.

Program polityki zdrowotnej Powiatu Piaseczyńskiego na lata 2023–2025
w zakresie problemu zdrowotnego depresji poporodowej

Woj.	<18	18-44	44-54	54-64	65+
dolnośląskie	16,0	11,1	11,7	21,8	23,9
kujawsko-pomorskie	35,5	22,0	36,6	62,2	74,7
lubelskie	15,1	13,4	12,1	18,8	21,0
lubuskie	10,0	13,2	26,3	44,6	30,9
łódzkie	35,5	14,5	14,8	24,4	17,4
małopolskie	42,4	27,0	35,5	42,1	36,1
mazowieckie	39,2	24,3	27,2	37,9	45,8
opolskie	6,5	10,9	22,2	22,5	27,2
podkarpackie	11,0	17,0	16,4	17,2	16,1
podlaskie	16,0	10,6	13,0	25,7	25,9
pomorskie	12,3	16,4	25,1	29,3	42,8
śląskie	14,4	15,1	19,7	29,0	24,3
świętokrzyskie	4,9	12,1	17,0	22,2	13,1
warmińsko-mazurskie	75,6	13,1	13,4	16,6	20,9
wielkopolskie	13,9	26,3	19,7	21,1	19,8
zachodniopomorskie	7,0	13,0	11,6	16,2	26,1
Polska	24,3	18,1	21,2	29,2	30,4

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Rycina 2. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. kobiet – Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa mazowieckiego

c. Obecne postępowanie

Świadczenia gwarantowane

W chwili obecnej świadczenia w zakresie edukacji pielęgniarek, położnych, lekarzy POZ z wczesnego rozpoznawania i leczenia depresji poporodowej nie są finansowane ze środków publicznych.

W ofercie płatnika publicznego brak jest również odpowiednio dostosowanych, długofalowych działań edukacyjnych skierowanych do społeczeństwa, których celem byłoby uświadomienie problemu depresji poporodowej i zwiększenie zgłaszalności do lekarza POZ/psychiatry/psychologa. Finansowane są natomiast porady psychiatryczne i psychologiczne w ramach poradni zdrowia psychicznego (PZP). Do lekarza psychiatry nie jest wymagane skierowanie. Natomiast aby skorzystać z pomocy psychologicznej wymagane jest skierowanie od lekarza POZ lub psychiatry. Dostęp do świadczeń psychiatrycznych i psychologicznych w wielu miejscach w Polsce jest jednak niewystarczający, kolejki oczekujących sięgają kilku miesięcy. Ponadto, zapewnione w ramach NFZ świadczenia nie są powiązane z wypełnieniem wcześniej Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2019 poz. 1285), świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych. W ramach świadczeń dla dorosłych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych gwarantowane są m.in: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa realizowane przez: psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psychologa, osobę prowadzącą psychoterapię, specjalistę w dziedzinie psychiatrii, lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

Ogólnopolskie programy w zakresie zdrowia psychicznego

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, ustanowiono *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022* określający strategię działań mających na celu:

- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Kolejnym programem realizowanym na szczeblu krajowym był *Program Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020*. Głównym celem programu był wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu odbywała się na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmowały: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju; promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania (depresja poporodowa, depresja młodzieńcza, depresja osób w podeszłym wieku). Program

ten skierowany był do dzieci i młodzieży do 19 r.ż., do kobiet po urodzeniu dziecka oraz do osób starszych po 65 r.ż.

Obecnie realizowany jest *Program profilaktyki depresji poporodowej*. Program został przygotowany w ramach projektu „Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej” nr POWR.05.01.00-00-0001/15 współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. 2. Okres realizacji Programu: 2018-2023.

Wnioski z odnalezionych rekomendacji

Wytyczne wskazują, że planowane interwencje w zakresie programów wykrywania depresji poporodowej powinny obejmować:

- badanie przesiewowe z użyciem Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej

(MZ 2019; AGDH 2018; BC Mental Health 2014; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; Beyondblue 2011; AAFP 2010)

Wtórne dowody naukowe wskazują, że jako narzędzie do przesiewu należy stosować ESDP ze względu na jej wysoką czułość (0,80) i wysoką swoistość (0,81) (Chorwe-Sungani 2017),

- edukację kobiet w zakresie depresji poporodowej

(MZ 2019; USPSTF 2019; NICE 2018; EU 2016; BC 2014; NICE/NCCMH 2014)

- szkolenia personelu medycznego w zakresie depresji poporodowej

(RNAO 2019; ACOG 2018; EU 2016; Beyondblue 2011)

- działania terapeutyczne poprzez ścisłą współpracę pacjenta ze specjalistą medycznym w zakresie zdrowia psychicznego

(MZ 2019; RNAO 2019; USPSTF 2019; ACOG 2018; NICE 2018; BC 2014; SIGN 2012)

- działania terapeutyczne poprzez sugerowanie zastosowania terapii behawioralno-poznawczej bądź terapii interpersonalnej

(RNAO 2019; USPSTF 2019; SIGN 2012; Beyondblue 2011; EU 2016; AAFP 2010)

Odnalezione wytyczne kliniczne wskazują, że populacja, która jest zalecana do objęcia badaniem przesiewowym z użyciem ESDP, musi spełniać jedno z następujących kryteriów:

- kobiety w okresie okołoporodowym i do jednego roku po porodzie

(MZ 2019; RNAO 2019; USPSTF 2019; AGDH 2018; ACOG 2018; NICE 2018; EU 2016; BC Mental Health 2014; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; Beyondblue 2011; AAFP 2010)

- kobiety w ciąży u których stwierdzono obecność dodatkowych czynników ryzyka jak przebyta depresja czy doświadczone w przeszłości molestowanie seksualne (MZ 2019; NICE 2018; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; AAFP 2010)

Analiza przeprowadzona dla poszczególnych interwencji wykazała, że najbardziej skuteczna jest „konsultacja psychologiczna”.

Metaanalizie poddano także wyniki badań dotyczących wpływu interwencji farmakologicznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Zarówno antydepresanty jak i suplementy diety nie mają istotnie statystycznego wpływu na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej.

Biorąc pod uwagę powyższe rekomenduje się prowadzenie w ramach programów polityki zdrowotnej przesiewu pod kątem wykrycia podwyższonego ryzyka wystąpienia depresji poporodowej z użyciem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w populacji kobiet w ciąży i do jednego roku od porodu, a także prowadzenie szkoleń dotyczących depresji poporodowej dla personelu medycznego.

Prezes Agencji mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące przepisy prawa oraz dostępne dane epidemiologiczne dotyczące depresji poporodowej, rekomenduje finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ) działań, które powinny swoim zakresem obejmować:

- przesiew z użyciem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w populacji kobiet w ciąży i do 1 roku od porodu,
- szkolenia dla personelu medycznego, w ramach których przekazywane będą zalecane metody profilaktyki, diagnostyki i leczenia depresji poporodowej.

Niniejszy program polityki zdrowotnej w pełni realizuje powyższe zalecenia, a także wpisuje się w następujący priorytet: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. (Dz.U. 2021, poz. 2144).

Program polityki zdrowotnej w zakresie problemu zdrowotnego depresji poporodowej na lata 2023-2025 może stanowić uzupełnienie lub rozszerzenie dostępu do profilaktyki i diagnostyki depresji poporodowej dla mieszkańców powiatu piaseczyńskiego.

2. Cele programu i mierniki efektywności

a. Cel główny

Wykrycie niezdiagnozowanego wcześniej wysokiego ryzyka wystąpienia depresji poporodowej u 20% kobiet, względem wszystkich kobiet objętych przesiewem z użyciem ESDP w programie rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej powiat piaseczyński, w latach 2023–2025.

b. Cele szczegółowe

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 30% personelu medycznego udzielających świadczeń na terenie powiatu piaseczyńskiego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia depresji w latach 2023–2025.

c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Odsetek kobiet, które w co najmniej jednym z pomiarów uzyskały wynik ESDP świadczący o wysokim ryzyku wystąpienia depresji, względem wszystkich kobiet, które zostały objęte interwencją w programie, rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej powiat piaseczyński, w latach 2023–2025.

Za wynik dodatni należy uznać sumaryczny wynik końcowy ≥ 10 pkt, a także > 0 pkt w pytaniu nr 10 (dotyczy występowania myśli samobójczych i samookaleczeń).

- Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, udzielających świadczeń na terenie powiatu piaseczyńskiego, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia depresji, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test, w latach 2023–2025.

Wartości wskaźników określone będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

a. Populacja docelowa

Powiat piaseczyński ma 193 248 mieszkańców, z czego 52,1% stanowią kobiety (100 624 osób), a 47,9% mężczyźni (92 624 osób).

Powiat piaseczyński ma dodatni przyrost naturalny wynoszący 81. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu 0,42 na 1000 mieszkańców powiatu piaseczyńskiego.

W 2021 roku urodziło się 2 185 dzieci, w tym 48,0% dziewczynek i 52,0% chłopców.

Tabela 1. Liczba urodzeń w powiecie piaseczyńskim w latach 2010-2021

rok kalendarzowy	liczba urodzeń
2010.	2065
2011.	1919
2012.	1919
2013.	1851
2014.	1999
2015.	2150
2016.	2348
2017.	2313
2018.	2188
2019.	2195
2020.	2148
2021.	2185

Źródło: https://www.polskawliczbach.pl/powiat_piaseczynski

Populację docelową w programie stanowią:

- kobiety będące w okresie poporodowym;
- kobiety w ciąży;
- personel medyczny który ma kontakt z uczestnikami PPZ, w szczególności położne i pielęgniarki;

spełniające kryteria włączenia i wyłączenia opisane w dalszej części programu.

Populacja docelowa szczegółowo składa się z poniższych grup przypisanych do konkretnych rodzajów interwencji zaplanowanych w programie:

a) szkolenia dla personelu medycznego

dedykowane są personelowi medycznemu, który ma kontakt z uczestnikami PPZ,

b) przesiew z użyciem kwestionariusza ESDP

objęte tym typem interwencji będą kobiety w ciąży oraz do 1 roku od porodu,

c) konsultacja specjalistyczna

kierowana będzie do osób, u których lekarz w czasie realizowanego w ramach PPZ przesiewu stwierdzi wysokie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej.

Do włączenia do Programu w ciągu całego okresu jego trwania kwalifikowane będą kobiety w okresie poporodowym, objęte wizytami patronażowymi. Do programu nie będą kwalifikować się kobiety, których ciąża zakończyła się niepowodzeniem położniczym.

Szczegółowe kryteria włączenia i wykluczenia z poszczególnych części działań zaplanowanych w programie wskazano poniżej.

b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Kryteria ogólne włączenia do programu dla populacji:

- kobiety w ciąży oraz do 1 roku od porodu, na podstawie podpisanego oświadczenia/zaświadczenia lekarskiego;
- podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w działaniach profilaktycznych; podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
- profilaktyka depresji poporodowej będzie prowadzona wśród osób zamieszkujących na terenie powiatu piaseczyńskiego rozumiane jako zameldowanie lub odprowadzanie podatku dochodowego ze wskazaniem jako miejsca zamieszkania powiatu piaseczyńskiego.

Kryteria wyłączenia z programu:

- brak ciąży lub powyżej 1 roku od porodu;
- ciąża zakończyła się niepowodzeniem położniczym;
- pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej psychiatrycznej lub wcześniej zdiagnozowana depresja;
- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak potwierdzenia dla zamieszkiwania na terenie powiatu piaseczyńskiego rozumianego jako zameldowanie lub odprowadzanie podatku dochodowego ze wskazaniem jako miejsca zamieszkania powiatu piaseczyńskiego;
- wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

Kryteria szczegółowe dla poszczególnych etapów programu

Szkolenia dla personelu medycznego

a) kryteria włączenia:

personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt z uczestnikami PPZ, np.: lekarze, lekarze specjaliści, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej

b) kryteria wyłączenia:

- ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat
- wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim

Przesiew z użyciem kwestionariusza ESDP

a) kryteria włączenia:

- kobiety w ciąży lub do 1 roku od porodu

b) kryteria wyłączenia:

- depresja zdiagnozowana poza programem, przed dołączeniem do PPZ
- pozostawanie pod opieką psychiatryczną przed dołączeniem do PPZ

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował realizator/realizatorzy w ofercie. Programem zostaną objęte wszystkie osoby z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach 2023-2025.

c. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia depresji poporodowej.

1. Rekrutacja uczestników

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, oświadczenie odośnie zameldowania/odprowadzania podatku zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu.

2. Kwalifikacja do działań w ramach programu

Kwalifikację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, kwalifikację pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarka. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje, zaplanowane w ramach programu.

3. Szkolenia dla personelu medycznego

W ramach PPZ realizowane są szkolenia (minimum 1 na rok) w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb może dokonać rada ds. programu.

Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności, realizator zapewnił realizację działań również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Możliwy jest również udział w szkoleniach lekarzy POZ, którzy będą chcieli uzupełnić wiedzę w tym zakresie. Może to zwiększyć dostrzegalność problemu depresji poporodowej w czasie wizyt lekarskich kobiet zgłaszających problem z własnym, czy też dziecka, zdrowiem.

W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny (dotyczy m.in. położnych i pielęgniarek POZ), który w ramach swoich obowiązków przeprowadza wizyty patronażowe, z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia depresji poporodowej. Należy także szczegółowo przedstawić i wyczerpująco omówić kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

Szkolenie obejmuje warsztaty praktyczne dotyczące zasad komunikacji interpersonalnej z osobami, które mogą być zagrożone lub cierpieć na depresję poporodową, a także praktyczny trening identyfikacji sygnałów, które mogą świadczyć o występowaniu myśli samobójczych lub chęci samookaleczenia.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu

(przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.: opracowanych w ramach programu pn. „Program Zapobiegania Depresji w Polsce na lata 2016-2020” (<https://wyleczdepresje.pl/depresja-poporodowa/>).

4. Działania informacyjno-edukacyjne

Będą adresowane do całej dorosłej populacji zamieszkującej powiat piaseczyński, w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o problemie depresji poporodowej.

Środki przekazu są dobrane do warunków lokalnych oraz grupy docelowej, np.: ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, komunikaty radiowe, strona internetowa, mobilna aplikacja.

Należy wdrożyć działania informacyjno-edukacyjne przy użyciu mediów społecznościowych i innych dostępnych środków masowego przekazu. Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji w zakresie objętym programem.

Przygotowanie przez realizatora własnych broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia depresji poporodowej jest opcjonalnym elementem prowadzonych działań edukacyjnych.

Drukowane formy przekazu powinny być rozmieszczane w miejscach widocznych i dostępnych dla odbiorców przekazu, np. w poradniach POZ. Należy je przekazywać kobietom w ciąży korzystającym z wizyty u lekarza ginekologa lub u położnej, kobietom w okresie poporodowym w trakcie wizyt patronażowych położnych i pielęgniarek.

Materiały edukacyjne i promocyjne winne być przygotowane zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. 2019 poz. 848). Realizator winien również zapewnić dostępność cyfrową wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

Wszystkie materiały edukacyjne i promocyjne muszą zawierać herb Powiatu Piaseczyńskiego. Realizator będzie mógł zaproponować dodatkowe, opcjonalne działania edukacyjne, w tym dla bliskich kobiet w ciąży lub po porodzie, np. w formie grupowych spotkań. Realizator będzie mógł również nawiązać współpracę ze szkołami rodzenia, w celu umożliwienia im przekazania materiałów informacyjno-edukacyjnych dla kobiet ciężarnych.

Personel medyczny powinien przekazywać uczestnikowi programu informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim. Informacje nt. programu oraz skutków zdrowotnych omawianego problemu zdrowotnego powinny być przekazywane w ramach udzielania świadczeń POZ oraz innych wizyt lekarskich.

5. Przesiew z użyciem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP)

Podczas wizyty diagnostycznej zostanie przeprowadzony wywiad w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka depresji poporodowej.

Personel medyczny, w ramach ogólnej rozmowy dotyczącej stanu zdrowia uczestniczki programu, powinien rozważyć zadanie kobiecie będącej w okresie ciąży lub okresie poporodowym, następujących pytań, obejmujących zakres depresji i samopoczucia:

- Czy podczas ostatnich miesięcy, często miała Pani poczucie zaniepokojenia, przygnębienia lub bezradności?
- Czy podczas ostatnich miesięcy, często odczuwała Pani brak zainteresowania lub przyjemności z wykonywanych czynności?
- Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni, miała Pani poczucie zdenerwowania, niepokoju?
- Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni, niepokoiło Panią, że nie potrafi Pani zatrzymać lub kontrolować niepokoju?

Jeśli kobieta odpowie twierdząco na którekolwiek z ww. pytań, jest narażona na ryzyko wystąpienia depresji, personel medyczny powinien zastosować kwestionariusz Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS, jako narzędzie pełnej oceny ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wystąpienie depresji poporodowej.

Część odnalezionych wytycznych/przeglądów wskazuje na zasadność prowadzenia badań przesiewowych w kierunku depresji u kobiet ciężarnych i w okresie poporodowym, zaznaczając przy tym, że powinno być jednocześnie zapewnione odpowiednie rozpoznanie, leczenie i monitorowanie (USPSTF 2016, ICSI 2016, O'Connor 2016). Z kolei rekomendacje kanadyjskie (CTFPHC) oraz brytyjskie (UK NSC) nie zalecają rutynowego skryningu w kierunku depresji u kobiet w stanie okołoporodowym i poporodowym. Zwracają jednak uwagę na to, że personel medyczny powinien być czujny na możliwość wystąpienia depresji, szczególnie

w przypadku pacjentów z cechami, które mogą zwiększyć jej ryzyko (bezsennaść, obniżony nastrój, brak odczuwania przyjemności, myśli samobójcze).

Personel medyczny, w tym specjalista realizujący konsultacje, proponuje wspólne wypełnienie formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w następujących momentach:

- między 28 a 32 tygodniem trwania ciąży;
- lub między 6 a 16 tygodniem trwania okresu poporodowego;
- lub także w każdym innym momencie, gdy stan psychiczny kobiety budzi zastrzeżenia;
- lub gdy włączona do programu uczestniczka wyrazi taką chęć.

W przypadku uzyskania w ESDP:

- **sumy 9 punktów lub mniej:**
 - brak konieczności realizacji konsultacji specjalistycznej;
- **sumy od 10 do 12 punktów:**

kobieta odbywa konsultacje specjalistyczne w ramach PPZ (w trybie zwykłym);
o dalszym postępowaniu decyduje specjalista po konsultacji;
- **sumy ≥ 13 punktów:**

kobieta niezwłocznie odbywa konsultacje specjalistyczne w ramach PPZ (tryb pilny);
o dalszym postępowaniu decyduje specjalista po konsultacji;
- **wyniku innego niż „0” w pytaniu nr 10 (dotyczy myśli samobójczych oraz samookaleczeń):**

kobieta niezwłocznie odbywa konsultacje specjalistyczne w ramach PPZ (tryb pilny);
o dalszym postępowaniu decyduje specjalista po konsultacji;

Gdy diagnozuje się osobę, u której może występować depresja, przeprowadzona powinna zostać kompleksowa ocena, która będzie się opierała nie tylko na liczbie objawów. Pod uwagę należy wziąć zarówno stopień zaburzeń czynnościowych i/lub niezdolności związanej z możliwością występowania depresji oraz czasem trwania epizodu. Gdy ocenie podlega osoba, u której występować może depresja, należy rozważyć konsultacje z odpowiednim specjalistą celem opracowania planu i strategii leczenia.

6. Konsultacje specjalistyczne

Na badania dodatkowe w ramach programu kieruje lekarz przeprowadzający wywiad kwestionariuszowy z użyciem Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

Konsultacje specjalistyczne realizowane są przez profesjonalistę uprawnionego do rozpoznania depresji poporodowej oraz postawienia diagnozy.

Zakres wsparcia psychologicznego powinien być indywidualnie dopasowany do potrzeb uczestniczki programu, zgodny z postępowaniem diagnostyczno-leczniczym, które wynika z najbardziej aktualnych rekomendacji i jest poparte najlepszymi dostępnymi dowodami naukowymi.

Jeśli specjalista w czasie konsultacji zdiagnozuje depresję poporodową, ustali z uczestniczką programu dalszą ścieżkę postępowania. Leczenie, w tym również konieczność podjęcia leczenia farmakologicznego, będzie realizowane w ramach świadczeń gwarantowanych, ale już poza programem.

Proponowane konsultacje będą miały charakter uzupełniający w stosunku do finansowanych ze środków publicznych porad psychiatrycznych i psychologicznych. Zakłada się, że konsultacje będą miały na celu potwierdzenie lub wykluczenie depresji poporodowej (maksymalnie 4 konsultacje dla jednej osoby). W przypadku potwierdzenia choroby, kobieta zostanie skierowana do lekarza specjalisty (do psychiatry – bez wymogu skierowania; do lekarza POZ – z prośbą o skierowanie do psychologa).

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora lub realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

Wszystkie świadczenia i działania w ramach programu będą realizowane zgodnie z przepisami prawa, w tym także ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2022 poz.2240) z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy.

Interwencje przeprowadzone zostaną na terenie powiatu piaseczyńskiego w miejscu wskazanym przez realizatora. Realizator winien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

d. Sposób udzielania świadczeń

Ze względu na charakter programu interwencja będzie miała charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób regularny w trakcie jego trwania w latach 2023–2025. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.

Program ma charakter ciągły i będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez realizatora w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

Planowaną interwencję można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa.

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących;
- b. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- c. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;
- d. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora/realizatorów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu przez uczestnika adresowanych do niego w zależności od wskazań planowanych interwencji.

Może także nastąpić obligatoryjne wykluczenie uczestnika z programu ze wskazań medycznych lub formalnych, opisanych w treści programu.

Zakończenie udziału w PPZ może nastąpić w wymienionych przypadkach:

- w sytuacji, gdy kobieta nie jest w ciąży oraz od ostatniego porodu minęło więcej niż 12 miesięcy;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

Każdy uczestnik programu otrzymuje informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumentu należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy.

Dodatkowo każda kobieta otrzymuje informację od realizatora programu dla lekarza POZ, może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika programu. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie rezygnacji przez realizatora lub uczestnika programu na piśmie, które winno być dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie przez realizatora wystąpienia takich zdarzeń. Będzie ono dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

4. Organizacja programu

a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu sugeruje się zaplanowanie do realizacji następujących działań:

1. Opcjonalne stworzenie rady ds. programu jako organu doradczego i wspierającego przygotowanie, wdrożenie i realizację PPZ, w skład której wejść mogą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu może pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Opcjonalnie powołany koordynator PPZ może merytorycznie odpowiadać za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program. W przypadku powołania osoby na tą funkcję, winna być ona przewodniczącym rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością rady ds. programu są środkami zakwalifikowanymi do kosztów pośrednich i nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert przez Powiat Piaseczyński, który wdraża i finansuje PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Kampania informacyjna.
6. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, przesiewu z użyciem kwestionariusza ESDP oraz konsultacji specjalistycznych.

7. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
8. Zakończenie realizacji PPZ.
9. Rozliczenie finansowe PPZ.
10. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

Ad 4. Wybór realizatora

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2022 poz.633), z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Ad 5. Kampania informacyjna

Skierowana do mieszkańców powiatu piaseczyńskiego. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego. Mieszkańcy powiatu piaseczyńskiego, w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o ramach organizacyjnych działań zaplanowanych w ramach PPZ.

Ad 7 Monitoring działań

Ostatnim elementem w ramach programu będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Każdy uczestnik po zakończeniu uczestnictwa w programie będzie proszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży do opracowania przez realizatora raportu rocznego/sprawozdania dla Powiatu Piaseczyńskiego, która jest instytucją finansującą program.

Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, za jej wykonanie odpowiedzialny jest Powiat Piaseczyński, który jest instytucją finansującą program.

Ewaluacja będzie trwać do 3 miesięcy i jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zgodnie z rozporządzeniem 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

Działania w ramach ewaluacji polegać będą na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.

b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie powiatu piaseczyńskiego przez realizatora/realizatorów wyłonionych w konkursie ofert.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe.

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich). Realizator zapewni także pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

Realizator będzie też dysponował sprzętem i urządzeniami niezbędnymi do wykonywania zaplanowanych interwencji, także do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych. Podmiot/podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

W ramach wytycznych szczegółowych realizator winien zapewnić w ramach etapów PPZ, następującą kadrę:

- **szkolenia personelu medycznego**

Lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii) lub inny specjalista posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce depresji poporodowej („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.

- **przesiew z użyciem kwestionariusza ESDP**

Lekarz, położna, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla udzielenia wsparcia przy wypełnianiu kwestionariusza ESDP przez świadczeniobiorcę, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.

- **konsultacja specjalistyczna**

Osoba uprawniona do udzielania konsultacji w zakresie depresji poporodowej, w tym do diagnozy depresji poporodowej – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2023–2025, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji zarządu Powiatu Piaseczyńskiego, który jest instytucją finansującą program oraz od posiadanych zasobów finansowych.

a. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Monitorowanie jest zadaniem realizatora programu. Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych, sprawozdań, informacji dotyczących przebiegu działań, składanych na życzenie Powiatu Piaseczyńskiego, która jest instytucją finansującą program.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Wykorzystane zostaną co najmniej następujące wskaźniki:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- liczba świadczeniobiorców, którzy wypełnili co najmniej jeden kwestionariusz ESDP;

- liczba świadczeniobiorców, którzy wypełnili co najmniej jeden kwestionariusz ESDP i uzyskali co najmniej jeden wynik dodatni (tj. sumaryczny wynik końcowy ≥ 10 pkt lub >0 pkt w pytaniu nr 10);
- liczba świadczeniobiorców, którzy skorzystali z co najmniej jednej konsultacji specjalistycznej w ramach programu;
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Ponadto szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu, uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Ocena jakości świadczeń może zostać opcjonalnie dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie np. psychiatrii – np. konsultanta wojewódzkiego. Zadanie to może zostać zrealizowane przy posiadaniu odpowiednich zasobów finansowych, pochodzących ze środków pośrednich programu. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety, przygotowanej przez realizatora. Kwestionariusz zostanie

udostępniony uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić np. w specjalnie przygotowanej do tego celu urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

b. Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

To proces doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczna ocena wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom oraz uczestnikom programu.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązany Powiat Piaseczyński, który jest instytucją finansującą program, na podstawie informacji, raportów i sprawozdań przygotowanych przez realizatora/realizatorów.

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ. W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące

problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

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

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- liczbie osób, u których doszło do zdiagnozowania podwyższonego ryzyka wystąpienia depresji poporodowej w ramach programu;
- liczbie osób, które zostały skierowane na terapię poza PPZ w czasie konsultacji ze specjalistą;
- odsetku osób, które zrealizowały co najmniej jedną konsultację ze specjalistą względem wszystkich osób, które wzięły udział w przesiewie.

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia;
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zakończenia interwencji u uczestników i zależny jest od utrzymania trwałość efektów zdrowotnych.

W celu opracowania jak najdokładniej powyższych danych można rozważyć opcjonalne zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego, przy posiadaniu odpowiednich zasobów finansowych, pochodzących ze środków pośrednich programu.

6. Koszty

Zgodnie z założeniami Powiatu Piaseczyńskiego, który jest instytucją finansującą działania w ramach PPZ, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2023–2025 została przeznaczona kwota około 172 950 zł na cały 3 letni okres trwania programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach przedmiotowego programu. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego mogą skorzystać, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badania lekarskiego, działań edukacyjnych itd.

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie.

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

Koszty pośrednie zaś są niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczą bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie, m.in. są to wydatki na zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną, związane z monitoringiem i ewaluacją programu. Koszty pośrednie rozliczane są w formie ryczałtu.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od ustaleń dokonanych w umowie na realizację programu, zawartej pomiędzy podmiotem, który otrzyma środki na jego realizację, wybranym w ramach konkursu, a Powiatem Piaseczyńskim, który jest instytucją finansującą program.

W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych kosztów dostępne środki finansowe będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada 3 letni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Powiat Piaseczyński, który jest instytucją finansującą program, zmieni wysokość środków na realizację programu lub też nastąpią zmiany w kosztach procedur stosowanych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

a. Koszty jednostkowe

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej;
- koszt przygotowania materiałów informacyjno-edukacyjnych;
- koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego;
- koszt prowadzenia przesiewu z użyciem kwestionariusza ESDP;
- koszt realizacji konsultacji specjalistycznej;
- koszt nadzoru specjalisty nad prowadzonym przesiewem i jego jakością;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Tabela 2. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu

Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy
kwalifikacja uczestniczki do programu	100,00 zł
szkolenia dla personelu medycznego za kurs	1 500,00 zł
badanie przesiewowe kwestionariuszem ESDP	150,00 zł
konsultacja specjalistyczna psychologiczna	250,00 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie uśrednienia cen m.in. z portalu www.kliniki.pl

Koszty pośrednie w ramach programu oszacowano ryczałtowo ustalając poniższe roczne wartości składowych:

Tabela 3. Rodzaje rocznych kosztów pośrednich

Koszty pośrednie	
rodzaj kosztu	wartość
ewaluacja i monitorowanie	2 500,00 zł
obsługa ogólna	800,00 zł
koszty informacyjno-promocyjne	800,00 zł
koszty zarządzania/rezerwa	800,00 zł
razem roczne koszty pośrednie	4 900,00 zł

Źródło: opracowanie własne

b. Planowane koszty całkowite

Znając poziom finansowania przez Powiat Piaseczyński, szacuje się, że w ciągu 3 lat, można będzie objąć działaniami w zakresie problemu zdrowotnego depresji poporodowej około 135 kobiet zamieszkujących powiat piaseczyński, proporcjonalnie po 45 w każdym roku trwania programu.

Założono, iż 45 uczestniczek rocznie zostanie zakwalifikowane do programu i zdiagnozowane kwestionariuszem ESDP, natomiast 40 z nich corocznie zostanie objęte konsultacjami specjalistycznymi, do maksymalnie 4 wizyt na osobę.

W przypadku mniejszej liczby konsultacji, sukcesywnie będzie można rekrutować kolejne kobiety do programu, do wyczerpania puli środków finansowych zaplanowanych w programie.

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabelach 4 i 5.

Tabela 4. Koszty całkowite realizacji programu w okresie 3 letnim.

Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy	Populacja całościowa	Liczba powtórzeń	Koszt całkowity kategorii
koszty bezpośrednie				
kwalifikacja uczestnika do programu	100,00 zł	45	3	13 500,00 zł
badanie przesiewowe kwestionariuszem ESDP	150,00 zł	45	3	20 250,00 zł
konsultacja specjalistyczna psychologiczna	250,00 zł	40	12	120 000,00 zł
szkolenia dla personelu medycznego za kurs	1 500,00 zł		3	4 500,00 zł
razem bezpośrednie				158 250,00 zł
koszty pośrednie				
ewaluacja i monitorowanie	2 500,00 zł		3	7 500,00 zł
obsługa ogólna	800,00 zł		3	2 400,00 zł
koszty informacyjno-promocyjne	800,00 zł		3	2 400,00 zł
koszty zarządzania/rezerwa	800,00 zł		3	2 400,00 zł
razem koszty pośrednie	4 900,00 zł		razem pośrednie	14 700,00 zł
			koszty całkowite	172 950,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 5. Planowany roczny budżet programu w zł.

Rok realizacji zadań	Koszt roczny działań
rok 2023	57 650,00 zł
rok 2024	57 650,00 zł
rok 2025	57 650,00 zł
Całość działań	172 950,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Szczegółowe wydatki zostaną zawarte w umowie na realizację programu, podpisanej pomiędzy podmiotem, który otrzyma środki na jego realizację, wybranym w ramach konkursu, a Powiatem Piaseczyńskim, który jest instytucją finansującą program.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 172 950,00 zł** w latach 2023-2025.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców powiatu piaseczyńskiego zostanie sfinansowany w całości z budżetu Powiatu Piaseczyńskiego w ramach środków przeznaczonych na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149). Powiat Piaseczyński zabezpieczy uchwałą Rady Powiatu kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

Jednocześnie opcjonalnie dopuszcza się możliwość dofinansowania 40% kosztów realizacji programu ze środków Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz. U. 2017 r. poz. 9).

W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

7. Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Pytania dotyczą tygodnia poprzedzającego wykonanie testu:

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia

- ☐ tak często jak zazwyczaj (0 punktów)
- ☐ trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)
- ☐ zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- ☐ zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

- ☐ tak jak zawsze (0 punktów)
- ☐ rzadziej niż zawsze (1 punkt)
- ☐ zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- ☐ nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)

3. Obwiniłam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało

- ☐ tak w większości przypadków (3 punkty)
- ☐ tak, czasami (2 punkty)
- ☐ rzadko (1 punkt)
- ☐ wcale (0 punktów)

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiliłam się

- ☐ zupełnie nie (0 punktów)
- ☐ raczej nie (1 punkt)
- ☐ czasami (2 punkty)
- ☐ tak, bardzo często (3 punkty)

5. Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów

- ☐ tak, często (3 punkty)
- ☐ czasami (2 punkty)
- ☐ nie, raczej nie (1 punkt)
- ☐ nie, nigdy (0 punktów)

6. Wydarzenia przerastały mnie

- ☐ tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)
- ☐ czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)
- ☐ przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)
- ☐ radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)

7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy

- ☐ tak, przez większość czasu (3 punkty)
- ☐ tak czasami (2 punkty)
- ☐ rzadko (1 punkt)
- ☐ nie, wcale nie (0 punktów)

8. Czułam się samotna i nieszczęśliwa

- ☐ tak, przez większość czasu (3 punkty)
- ☐ tak, dość często (2 punkty)
- ☐ niezbyt często (1 punkt)
- ☐ nie, wcale nie (0 punktów)

9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

- ☐ tak, przez większość czasu (3 punkty)
- ☐ tak, dość często (2 punkty)
- ☐ tylko sporadycznie (1 punkt)
- ☐ nie, wcale nie (0 punktów)

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

- ☐ tak, dość często (3 punkty)
- ☐ czasami (2 punkty)
- ☐ bardzo rzadko (1 punkt)
- ☐ nigdy (0 punktów)

J. L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. From: British Journal of Psychiatry (1987), 150, 782-786 Scale may be reproduced without further permission with quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

Kobieta, która uzyska wynik 12, 13 lub więcej punktów powinna skorzystać z konsultacji psychologa, psychiatry lub lekarza innej specjalności – istnieje wówczas bowiem istotne prawdopodobieństwo, że cierpi na depresję poporodową.

Wynik uzyskany w skali nie odzwierciedla w sposób precyzyjny nasilenia depresji, a także nie jest równoznaczny z diagnozą depresji – takie rozpoznanie może postawić dopiero psycholog lub lekarz (najlepiej – psychiatra), po osobistym zbadaniu pacjentki.

8. Bibliografia

1. Opinia Rady Przejrzystości nr 265/2017 z dnia 20 września 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”
2. Raport nr OT.423.7.2018 pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji poporodowej. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów”, data ukończenia raportu: styczeń 2020.
3. Ministerstwo zdrowia (2019). Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/13_2020.pdf
4. „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, red. J. Moskalewicz, A. Kiejna, W. Wojtyniuk, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2012, 111-124, 185-194.
5. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br. J. Psychiatry 1987; 150: 782-786
6. https://zdrowie.gov.pl/zamowienia/download/dok_id/426/zal/1497/type/zal/dir/pub.html
7. Registered Nurses' Association of Ontario (2019). Assessment and Interventions for Perinatal Depression Second Edition. Pobrano z: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression>
8. Australian Government Department of Health (2018). Screening for depression and anxiety disorders
9. Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Cughey, A. B., Davidson, K. W., ... & Kubik, M. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 321(6), 580-587.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG committee opinion no. 757: Screening for perinatal depression. *Obstetrics & Gynecology*, 132(5), e208-e212.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). (2018). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. National Institute for Health and Clinical Excellence.
12. Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., & Hipple Walters, B. (2016). Prevention of Depression and Promotion of Resilience-Consensus Paper. The European Commission.
13. Williams, J., Ryan, D., & Thomas-Peter, K. (2014). Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period. BC Mental Health.
14. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance: Updated edition. British Psychological Society
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2002). Postnatal depression and puerperal psychosis: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
16. Hirst, K. P., & Moutier, C. Y. (2010). Postpartum major depression. *Am Fam Physician*, 82(8), 926-933.
17. Austin, M. P., & Highet, N. (2011). Clinical practice guidelines for depression and related disorders— anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. (Beyondblue) Pozyskano z <http://resources.beyondblue.org.au/prism/file>
18. O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 315(4), 388-406
19. Hirst, K. P., & Moutier, C. Y. (2010). Postpartum major depression. *Am Fam Physician*, 82(8), 926-933.
20. O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M., Gaynes, B. N., Coppola, E., & Weyrich, M. S. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force.
21. Owora, A. H., Carabin, H., Reese, J., & Garwe, T. (2016). Summary diagnostic validity of commonly used maternal major depression disorder case finding instruments in the United States: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 205, 335-343
22. Long, M. M., Cramer, R. J., Jenkins, J., Bennington, L., & Paulson, J. F. (2019). A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. *Archives of women's mental health*, 22(1), 25-36.
23. Morrell, C. J., Sutcliffe, P., Booth, A., Stevens, J., Scope, A., Stevenson, M., ... & Ren, S. (2016). A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies

- evaluating the clinical effectiveness, the cost- effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technology Assessment*, 20(37).
24. Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta- analysis. *The Annals of Family Medicine*, 14(5), 463-472.
 25. Huang, L., Zhao, Y., Qiang, C., & Fan, B. (2018). Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta- analysis. *PloS one*, 13(10), e0205243.
 26. Szczeklik, A. (2017). Interna Szczeklika 2017. *Medycyna Praktyczna*
 27. Final Recommendation Statement: Perinatal Depression: Preventive Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019
 28. Wright, P., Stern, J., Phelan, M., & Bhandari, S. (2008). *Psychiatria: sedno*. Elsevier Urban & Partner.
 29. DelRosario, G. A., Chang, A. C., & Lee, E. D. (2013). Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. *Journal of the American Academy of PAs*, 26(2), 50-54.
 30. Zdrowia, M. (2017). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-onkologiczne/-tab-2018>
 31. WHO (2015). Maternal mental health. Pozyskano z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 32. Fejfer-Szpytko, J., Włodarczyk, J., & Trąbińska-Haduch, M. (2016). Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3), 91-116
 33. World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: <https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf>
 34. Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary. In *AHRQ evidence report summaries*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
 35. Rymaszewska J., Dolna M., Gryboś M., & Kiejna A. (2005). Zaburzenia psychiczne okołoporodowe–epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. *Ginekol. Pol*, 76(4), 322-329.
 36. Poporodowej, E. S. D. (2008). Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie–analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. *Ginekol Pol*, 79, 182-185.
 37. Główny Urząd Statystyczny (2018). Urodzenia i dzietność. Pozyskano z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/urodzenia-i-dzietnosc,34,1.html>
 38. Główny Urząd Statystyczny (2018). Rocznik Demograficzny 2019. Pozyskano z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html>
 39. Queen's Perinatal Research Unit (2019). The Mothers' Health Education, Research & Screening. Pozyskano z: <https://www.themothersprogram.ca/>
 40. Massachusetts Department of Mental Health (2019). Massachusetts Child Psychiatry Access Program for Moms. Pozyskano z: <https://www.mcpapformoms.org/>
 41. Northwestern (2019). The Mothers and Babies Program. Pozyskano z: <http://www.mothersandbabiesprogram.org/materials/>

9. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

Program polityki zdrowotnej Powiatu Piaseczyńskiego na lata 2023–2025
w zakresie problemu zdrowotnego depresji poporodowej

Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Empatia w trakcie rozmowy</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Kompetentna informacja</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Punktualność</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarzkiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Inne uwagi

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom programu.

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

b. Zgoda na udział w programie – wzór

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej Powiatu Piaseczyńskiego na lata 2023–2025
w zakresie problemu zdrowotnego depresji poporodowej

Ja niżej podpisana oświadczam, że uzyskałam informacje dotyczące Programu polityki zdrowotnej Powiatu Piaseczyńskiego na lata 2023–2025 w zakresie problemu zdrowotnego depresji poporodowej oraz otrzymałam wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadoma faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Oświadczam, że zapoznałam się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych w związku z moim uczestnictwem w ww. Programie.

Uczestniczka programu:

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Data i podpis Uczestniczki programu

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca realizatora programu

Data i podpis i pieczęć

Treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych uczestniczek Programu (do uzupełnienia zgodnie z wzorem klauzuli informacyjnej udostępnionym przez Powiat jako oddzielny dokument do zgody na udział w Programie).

Komentarz: uczestniczka oświadczy w zgodzie na udział w programie, że zapoznała się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych.

c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne – wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej Powiatu Piaseczyńskiego na lata 2023–2025 w zakresie
problemu zdrowotnego depresji poporodowej

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

Program polityki zdrowotnej Powiatu Piaseczyńskiego na lata 2023–2025
w zakresie problemu zdrowotnego depresji poporodowej

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

Inne uwagi.

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*