

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ PN.

„Program w zakresie edukacji
i profilaktyki depresji poporodowej”

Warszawa, maj 2017 r.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Spis treści

I. STRONA TYTUŁOWA	3
II. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I EPIDEMIOLOGIA	3
III. POPULACJA KWALIFIKUJĄCA SIĘ DO PROGRAMU	8
IV. OBECNE POSTĘPOWANIE	8
V. UZASADNIENIE POTRZEBY WDRAŻANIA PROGRAMU	10
VI. CELE I EFEKTY PROGRAMU	12
VII. ADRESACI PROGRAMU	13
VIII. TRYB ZAPRASZANIA	13
IX. ORGANIZACJA PROGRAMU	14
X. PLANOWANE INTERWENCJE, KRYTERIA KWALIFIKACJI UCZESTNIKÓW	16
XI. SPOSÓB POWIĄZANIA DZIAŁAŃ PROGRAMU ZE ŚWIADCZENIAMI ZDROWOTNYMI FINANSOWANYMI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	19
XII. SPÓJNOŚĆ MERYTORYCZNA I ORGANIZACYJNA	20
XIII. SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE I MOŻLIWOŚĆ KONTYNUACJI OTRZIMYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ UCZESTNIKÓW PROGRAMU	20
XIV. BEZPIECZEŃSTWO PLANOWANYCH INTERWENCJI	20
XV. KOMPETENCJE/WARUNKI NIEZBĘDNE DO REALIZACJI PROGRAMU	21
XVI. DOWODY SKUTECZNOŚCI PLANOWANYCH DZIAŁAŃ	21
XVII. KOSZTY	21
XVIII. MONITOROWANIE I EWALUACJA	23
Bibliografia	23

I. STRONA TYTUŁOWA

1. **Autorzy Programu:** 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
3. **Kontynuacja/trwałość programu:** Program zostanie poddany ewaluacji, po której możliwa będzie jego kontynuacja ze środków Programów Operacyjnych.

Należy dodać, że Program został stworzony z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych - zgodnie z zapisem art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

II. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I EPIDEMIOLOGIA

Depresja jest jednym z głównych zaburzeń psychicznych. Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia na depresję choruje ok. 300 mln ludzi na całym świecie¹. 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.

Omawiany 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 chorobowy².

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

² Za: Ł. Świącicki *Ogólnopolski Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji*, 2016

Tabela 1. Kryteria rozpoznawania epizod u depresyjnego wg ICD 10

Objawy podstawowe:
1. Obniżony nastrój*
2. Utrata zainteresowań i zdolności do radowania się
3. Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności.
Objawy dodatkowe:
1. Osłabienie koncentracji i uwagi.
2. Niska samoocena i mała wiara w siebie
3. Poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu)
4. Pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
5. Myśli i czyny samobójcze
6. Zaburzenia snu
7. Zmniejszony apetyt
Dla ustalenia rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez okres <u>co najmniej 2 tygodni</u> , choć może to być okres krótszy wówczas, gdy objawy osiągają bardzo duże nasilenie i narastają szybko.

* Dla osób nie stosujących na co dzień kategorii psychopatologicznych może to wyglądać na tautologię – osoby takie uważają zwykle, że depresja jest tym samym co obniżony nastrój, jednak w rzeczywistości wcale tak nie jest. Z psychiatrycznego punktu widzenia depresja jest chorobą całego organizmu, a obniżony nastrój jest tylko jednym z jej wielu objawów, który wcale nie musi występować. Dla zaznaczenia tej różnicy używa się też określenia „depresyjnie obniżony nastrój”, żeby zwrócić uwagę, że nie chodzi tu o „smutek”.

W dużej depresji konieczne jest stwierdzenie co najmniej 2 objawów podstawowych (obniżony nastrój nie musi być jednym z nich) i 2 objawów dodatkowych. W zaburzeniach depresyjnych nie spełniających kryteriów dla rozpoznania dużej depresji występuje zazwyczaj tylko jeden objaw z listy objawów podstawowych³.

Depresja może występować w każdym wieku. Z danych publikowanych przez GUS wynika, że problem depresji dotyczy 16% dorosłych Polaków. Badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych

³ ibidem

i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska” (EZOP) [3] to pierwsze ogólnopolskie badanie, w którym oszacowano rozpowszechnienie problemów psychicznych wśród Polaków. Badanie to przeprowadzono na reprezentatywnej grupie polskiego społeczeństwa w wieku od 18-64 lata. Zaburzenia nastroju i zaburzenia nerwicowe rozpoznawano łącznie u 13,1% respondentów⁴.

Zgodnie z piśmiennictwem, m.in. wytycznymi The Royal Australian College of General Practitioners, wyższe ryzyko zachorowania na depresję pojawia się u:

- kobiet w ciąży i w okresie poporodowym,
- występowanie depresji w przeszłości,
- przypadki depresji w rodzinie,
- inne zaburzenia psychiczne;
- choroby przewlekłe,
- brak zatrudnienia,
- niski status socjoekonomiczny,
- osoby doświadczające przemocy domowej,
- osoby o odmiennej orientacji seksualnej [1].

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. Problem ten jest znany od stuleci [2]. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego istnieje związek między zaburzeniami nastroju a urodzeniem dziecka. Wskazano, że zaburzenia psychiczne wywołane przez ciążę czy poród mają niepowtarzalny charakter.

Również w ramach klasyfikacji ICD 10 zostały wyróżnione następujące zaburzenia:

- F31 – zaburzenia afektywne dwubiegunowe
- F32 - epizody depresyjne
- F33 – zaburzenia depresyjne nawracające
- F34 – uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne) m.in. cyklotymia, dystymia
- F53 – depresja poporodowa

Badania Wisner określają, że jeden na siedem epizodów depresyjnych wymagających leczenia jest związany z urodzeniem dziecka [2].

W literaturze wskazuje się trzy główne zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego:

- 1) przygnębienie poporodowe (baby blues),
- 2) depresja poporodowa,
- 3) psychoza poporodowa [5].

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

⁴ ibidem

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 [6].

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% [4]. W literaturze wskazuje się, że depresja poporodowa dotyczy od 10% do 20% kobiet po porodzie [6].

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 [7]. Objawy pojawiają się najczęściej 2-3 tygodnie po porodzie, czyli co do zasady po opuszczeniu przez kobietę szpitala. Jednak 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 [8].

W literaturze wskazuje się szereg różnych czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej. Zostały one wymienione w tabeli nr 2.

Tabela 2. Czynniki ryzyka wystąpienia depresji poporodowej

Rodzaj	Czynniki
Biologiczne	Zmiany hormonalne: spadek progesteronu, estradiolu, wolnego estriolu, estrogenów. Niedoczynność tarczycy. Zmiany stężenia cholesterolu.
Psychospołeczne	Stresujące wydarzenia życiowe, nawet te pozytywne. Zakłócone relacje z partnerem / złe relacje małżeńskie / brak męża Niskie wsparcie społeczne oraz niskie zadowolenie z uzyskanego wsparcia. Brak zatrudnienia / niepewność zatrudnienia. Wiek poniżej 25 lat. Niski poziom wykształcenia. Nieplanowana ciąża.

	<p>Złe relacje z matką.</p> <p>Wielokrotne porody.</p>
Czynniki związane z ciążą i porodem	<p>Niechciana ciąża.</p> <p>Negatywne doświadczenia związane z porodem.</p> <p>Dziecko urodzone przedwcześnie.</p> <p>Niewłaściwe przybieranie na wadze dziecka.</p> <p>Częsty płacz dziecka.</p> <p>Problemy związane z opieką nad dzieckiem.</p> <p>Wcześniejsze poronienia / porody martwych dzieci.</p> <p>Nieprawidłowa opieka przedporodowa, brak przygotowania przed porodem.</p>
Czynniki psychiczne	<p>Wcześniejsze epizody zaburzeń nastroju.</p> <p>Występowanie zaburzeń psychicznych w rodzinie.</p> <p>Cechy osobowości (obsesyjno-kompulsyjne, lękowe, panika, itp.).</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. M. Kaźmierczak, G. Gebuza, M. Gierszewska, Problemy pielęgniarstwa 2010, tom 18

Powyższa tabela wskazuje, że depresja jest uwarunkowana wieloczynnikowo. Zatem, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania, ważna jest odpowiednia edukacja przyszłych matek. W programach szkół rodzenia wprowadzone są zagadnienia związane ze stanem psychicznym matek po porodzie. Jednakże, z uwagi na fakt, że podczas szkoły rodzenia oczywistym jest skupienie się na przygotowaniu do porodu, konieczne jest szersze podjęcie działań edukacyjnych w zakresie depresji poporodowej zarówno w czasie ciąży, jak i przede wszystkim w okresie połogu.

Równie istotne są badania przesiewowe w kierunku wczesnej diagnozy depresji poporodowej. Badania naukowe wykazują, że depresja poporodowa może negatywnie wpłynąć na więź tworzącą się między matką a dzieckiem oraz rozwój dziecka [8]. Narzędziem umożliwiającym ocenę nastroju położnic jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej. Skala została opracowana przez: John L. Cox, Jenifer M. Holden i Ruth Sagovsky i jest popularnym badaniem przesiewowym w kierunku depresji poporodowej. Edynburska Skala Depresji Poporodowej nie zastępuje badania klinicznego, ale z dużą trafnością identyfikuje osoby, które mogą mieć zaburzenia nastroju, co zostało potwierdzone licznymi badaniami.

Z uwagi na wagę i częstość występowania depresji poporodowej, niniejszy Program będzie skupiał się na problemie jakim jest depresja poporodowa, która w ramach klasyfikacji ICD 10 sklasyfikowana jest jako F53 – depresja poporodowa.

III. POPULACJA KWALIFIKUJĄCA SIĘ DO PROGRAMU

Do oszacowania populacji kwalifikującej się do Programu wykorzystano prognozy Głównego Urzędu Statystycznego odnośnie planowanych urodzeń⁵. Szacunki GUS przedstawia poniższa tabela.

Tabela 3. Szacowana liczba urodzeń żywych w latach 2018-2023

Rok	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Prognoza	344 983	342 652	339 299	334 805	329 451	323 506

Źródło: dane GUS.

Według prognozy GUS w latach 2018-2023 łącznie liczba urodzeń wyniesie ok. 2 mln. Średnio rocznie będzie rodzić się ok. 336 tys. dzieci.

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, której ciąża zakończyła się niepowodzeniem położniczym.

Należy przyjąć, że nie wszystkie kobiety oraz poradnie POZ będą zainteresowane udziałem w Programie. Do oszacowania wielkości kobiet, które wezmą udział w programie wzięto pod uwagę następujące czynniki:

- ok. 3% ciąż to ciąża mnogie⁶,
- 70% kobiet z grupy celowej będzie chciało wziąć udział w Programie,

Ponadto, ważnym czynnikiem jest planowana po 3 latach realizacji Programu pogłębiona analiza jego wdrażania. Analiza będzie podstawą do dalszych decyzji odnośnie kształtu realizacji Programu. Dlatego też przedstawione założenia odnośnie liczby kobiet biorących udział w Programie, mierników oraz budżetu zostaną przedstawione w perspektywie 3-letniej.

Mając na uwadze powyższe czynniki szacuje się, że w pierwszych 3 latach realizacji Programu weźmie w nim udział 700 tys. kobiet, rocznie ok. 233 tys. kobiet. Zakłada się, że jest to grupa, do której zostaną skierowane działania edukacyjne.

Zakłada się, że położne i pielęgniarki POZ podczas wizyt patronażowych wypełnią z kobietami w okresie poporodowym w ciągu pierwszych 3 lat jego trwania ok. 180 tys. formularzy Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Dodatkowo zakłada się, że podobna liczba ankiet zostanie wypełniona poprzez internet.

Z konsultacji z psychologiem w ciągu pierwszych 3 lat jego trwania skorzysta również ok. 140 tys. kobiet.

IV. OBECNE POSTĘPOWANIE

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

⁵ <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx>

⁶ dane GUS za 2015

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 miesięcy⁷. Ponadto, zapewnione w ramach NFZ świadczenia nie są powiązane z wypełnieniem wcześniej Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Ideą realizacji konsultacji z psychologiem w ramach Programu jest zapewnienie możliwości weryfikacji po wypełnieniu ww. skali jej wyników wskazujących na depresję poporodową. Kobieta będąca w okresie poporodowym będzie miała możliwość skorzystania z 3 konsultacji psychologicznych. W przypadku utrzymywania się objawów depresji i braku poprawy stanu psychicznego, psycholog zaleci dalsze leczenie w ramach NFZ.

W ramach obowiązujących standardów opieki okołoporodowej⁸ personel medyczny powinien zwrócić uwagę na stan psychiczny kobiety w ciąży. Położna podczas wizyty powinna udzielać porad na temat minimalizowania stresu i radzenia sobie ze stresem. Personel opiekujący się kobietą w ciąży oraz w okresie połogu powinien udzielać informacji na temat możliwości uzyskania pomocy psychologicznej. Jednakże, również w ramach standardów opieki okołoporodowej wsparcie psychologiczne/psychiatryczne odbywa się w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wsparcie psychologiczne powinno zostać zapewnione pacjentkom w sytuacjach niepowodzeń położniczych. Dlatego też zakłada się brak objęcia wsparciem ww. pacjentki w ramach niniejszego Programu.

W latach 2011-2015 realizowany był „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego”. Do najbardziej istotnych zadań Programu należało przede wszystkim zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji⁹. Zaproponowane w ramach niniejszego Programu działania edukacyjno-promocyjne będą kontynuacją rozpoczętej edukacji w zakresie depresji, ze szczególnym wskazaniem na problem depresji poporodowej.

Kolejnym programem realizowanym na szczeblu krajowym jest „Program Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020”. Głównym celem programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu będzie się odbywać na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmą: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju; promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania, w tym młodych matek. W ramach ww. programu planuje się udostępnienie personelowi oddziałów położniczych podobnej do Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej skali, opracowanej przez powołany do tego zespół ekspertów w ramach pierwszej

⁷ za: Ł. Świąćicki *Ogólnopolski Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji*, 2016

⁸ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, Dz. U. Dz.U. 2016 poz. 1132

⁹ za: Ł. Świąćicki *Ogólnopolski Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji*, 2016

interwencji Programu, wraz z zaleconą metodą jej stosowania i możliwością kierowania pacjentek na dalsze leczenie dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych.

„Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” odróżnia się swymi celami oraz planowanymi interwencjami od „Programu Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020” poprzez:

- skierowanie działań edukacyjnych do pielęgniarek i położnych POZ, lekarzy POZ, czyli personelu medycznego, który ma kontakt z kobietą w okresie poporodowym już poza oddziałem położniczym;
- zapewnienie możliwości samodzielnego wypełnienia Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej przez młode matki poprzez stronę on-line;
- zapewnienie konsultacji z psychologiem celem zweryfikowania wyników Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej oraz rozmowy o objawach depresji;
- poświęcenie działań w całości kwestii depresji poporodowej.

V. UZASADNIENIE POTRZEBY WDRAŻANIA PROGRAMU

Według danych WHO zaburzenia psychiczne bezpośrednio dotyczą obecnie 450 milionów osób. Przed 2030 rokiem depresja stanie się główną przyczyną skracania się długości życia¹⁰. Przedstawione dane epidemiologiczne wskazują, że równie ważnym problemem jest depresja poporodowa. Czynniki ryzyka wystąpienia tej choroby wskazują na jej złożoność. Nie wydaje się możliwym zredukowanie wszystkich czynników ryzyka sprzyjających występowaniu depresji poporodowej. Dlatego tak istotna jest edukacja społeczeństwa, nie tylko przyszłych matek, w zakresie zaburzeń emocjonalnych pojawiających się po porodzie oraz propagowanie konieczności konsultacji lekarskich w przypadkach depresji poporodowych. Jest to tym ważniejsze, że badania naukowe wskazują na wpływ depresji poporodowej na rozwój dziecka. Dodatkowo, należy zauważyć, że rola matki jest znacznie mocniej wpisana w rolę społeczną kobiety niż ojcostwo w rolę społeczną mężczyzny [6]. Od kobiet oczekuje się radości i spełnienia z faktu posiadania dziecka. Brak jest odpowiedniego zrozumienia dla kobiety w sytuacji, gdy zaburzenia emocjonalne po porodzie negatywnie wpływają na wypełnianie przez nią roli matki. Bez odpowiedniego wsparcia ze strony rodziny i najbliższego otoczenia oraz zrozumienia dla towarzyszących jej emocji, może jedynie wzmacniać się mechanizm maskowania depresji, co będzie miało negatywne skutki w przyszłej kondycji psychicznej kobiety. Dlatego też konieczne jest prowadzenie odpowiednich działań informacyjno-edukacyjnych zarówno w okresie ciąży jak i w okresie poporodowym. Zapoznanie kobiety i ich najbliższych z tematyką depresji poporodowej uczuli kobiety i ich bliskich na konieczność obserwacji zmian emocjonalnych po porodzie. Wzmocnienie działań w zakresie wczesnego rozpoznania depresji poporodowej nastąpi podczas wizyt patronażowych – kobiety będą mogły odnieść się do przeżywanych emocji.

Z uwagi na fakt, że depresja poporodowa dotyczy nawet do 20% matek, konieczne wydają się również szkolenia personelu medycznego mającego najczęstszy kontakt z kobietami w okresie poporodowym w zakresie wczesnej diagnozy depresji i odróżnienia jej od tzw. baby blues.

¹⁰ za: Ł. Świąćicki *Ogólnopolski Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji*, 2016

Istotną trudność w uzyskaniu dostępu do świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii stanowi niewystarczająca liczba lekarzy specjalistów, a w szczególności specjalistów psychiatrów. Dane NFZ za rok 2015 wskazują, że najmniej specjalistów jest w województwie lubuskim, opolskim i warmińsko-mazurskim. Szczegółowe dane dotyczące liczby lekarzy udzielających świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – lekarze i psychologowie w Polsce przedstawiano w tabeli 4. Łącznie w Polsce obecnie jest 3 316 lekarzy specjalistów¹¹.

Tabela 4. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – lekarze i psychologowie (niepowtarzające się PESELE) w 2015 r.

OW NFZ	Liczba lekarzy			Liczba psychologów	
	w trakcie specjalizacji	ze specjalizacją I stopnia	specjalistów	bez specjalizacji	Klinicznych
Dolnośląski	71	32	256	333	44
Kujawsko-Pomorski	39	10	148	135	57
Lubelski	46	29	155	279	29
Lubuski	27	24	29	114	12
Łódzki	92	20	234	189	88
Małopolski	86	34	324	457	84
Mazowiecki	204	68	642	737	208
Opolski	25	18	69	125	14
Podkarpacki	27	27	128	194	46
Podlaski	27	16	125	151	10
Pomorski	58	25	191	244	43
Śląski	114	54	420	609	46
Świętokrzyski	22	8	92	86	22
Warmińsko-Mazurski	5	18	73	51	21
Wielkopolski	79	31	295	340	72
Zachodniopomorski	46	25	135	118	51
SUMA	968	439	3 316	4 162	847

Źródło: Ł. Świącicki *Ogólnopolski Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji* na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Należy jednak zwrócić uwagę, iż ani niedobór specjalistów w zakresie psychiatrii, ani niewystarczający poziom wykształcenia lekarzy POZ w zakresie psychiatrii, nie zmieniają faktu, iż obecnie to właśnie lekarze POZ faktycznie rozpoznają i leczą depresję u większości pacjentów z tą chorobą¹². W zakresie depresji poporodowej niepokojąc objawy mogą zauważyć również położne i pielęgniarki odwiedzające dzieci w ramach wizyt patronażowych. Dlatego zasadne wydaje się podniesienie wiedzy i kompetencji położnych i pielęgniarek w tym zakresie i wykorzystanie ich doświadczenia w pracy z kobietami w okresie poporodowym. Dodatkowo, problem depresji jest często postrzegany jako wstydlivy. Obserwacja i rozmowa o porodzie, dziecku, samopoczuciu młodej matki będą dobrym przyczynkiem do oceny stanu zdrowia psychicznego kobiety¹³.

¹¹ ibidem

¹² ibidem

¹³ ibidem

VI. CELE I EFEKTY PROGRAMU

1. Cel główny

Celem głównym „Programu w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” jest wzrost o 15% wczesnego wykrywania depresji poporodowej poprzez edukację i wzrost świadomości społecznej na temat depresji poporodowej w okresie realizacji programu.

2. Cele szczegółowe

- a. Zwiększenie dostępności do edukacji w zakresie wczesnej diagnostyki depresji poporodowej w okresie realizacji Programu – podniesienie wiedzy, świadomości i umiejętności lekarzy, położnych i pielęgniarek POZ poprzez realizację szkoleń;
- b. Zwiększenie świadomości kobiet przed porodem i po porodzie oraz ich rodzin na temat wagi problemu depresji poporodowej, znaczeniu wczesnego jej rozpoznawania i leczenia poprzez akcje informacyjno-edukacyjne (strona internetowa, ulotki, broszury, plakaty informacyjne dla pacjentów);
- c. Zwiększenie wczesnego rozpoznania depresji poporodowej w okresie realizacji Programu poprzez wypełnienie wraz z położnymi i pielęgniarkami POZ Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej oraz konsultacje z psychologiem.

3. Oczekiwane efekty

- a. Zwiększenie liczby kobiet ze wcześniej rozpoznaną depresją poporodową;
- b. Zwiększenie rozpoznawalności objawów depresji poporodowej wśród personelu medycznego;
- c. Poprawa świadomości społecznej w zakresie problemu depresji poporodowej;
- d. Poprawa zrozumienia dla zaburzeń emocjonalnych występujących w okresie połogu zarówno przez same kobiety jak i ich najbliższych.

4. Mierniki

Program zakłada wskazanie mierników na 3 lata wdrażania – po 3 latach powinna nastąpić wnikliwa analiza realizacji Programu i zaproponowane ewentualne zmiany. Stąd też realizator będzie zobowiązany do realizacji Programu przez co najmniej 36 miesięcy.

Mierniki efektywności odnoszące się do każdego z realizatorów:

- odsetek pracowników ochrony zdrowia deklarujących wzrost wiedzy w zakresie rozpoznania objawów depresji poporodowej oraz stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej – co najmniej 70% (miernik weryfikowany za pomocą ankiety przed i po szkoleniu),
- odsetek kobiet z wcześniej rozpoznaną depresją poporodową dzięki udziałowi w Programie – ok. 15% kobiet, objętych wizytami pielęgniarek/położnych w ramach Programu,
- odsetek osób deklarujących wzrost wiedzy w zakresie depresji poporodowej – co najmniej 50% osób objętych akcjami edukacyjno-informacyjnymi (miernik weryfikowany poprzez liczbę uczestników akcji informacyjno-promocyjnych oraz ankiet na stronie internetowej),

- liczba wypełnionych z kobietami w okresie poporodowym formularzy Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej 360 tys. ankiet,
- liczba przeprowadzonych konsultacji psychologicznych – 140 tys. konsultacji,
- liczba rozkolportowanych materiałów edukacyjnych (broшуry, ulotki, plakaty) wśród grupy docelowej (ok. 700 tys. egzemplarzy).

VII. ADRESACI PROGRAMU

Adresatami Programu są kobiety będące w okresie poporodowym. Szacuje się, że do włączenia do Programu w ciągu 3 lat jego trwania kwalifikuje się ok. 718 tys. kobiet. Zakłada się, że jest to grupa, do której zostaną skierowane działania informacyjno-edukacyjne.

Zakłada się, że wspólne wypełnienie z położną lub pielęgniarką POZ formularzy Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej dokona ok. 180 tys. kobiet. Dodatkowo zakłada się, że podobna liczba formularzy zostanie wypełniona poprzez internet. Łączna liczba wypełnionych formularzy Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w czasie realizacji Programu wynosi ok. 360 tys. ankiet.

Z konsultacji z psychologiem skorzysta również ok. 140 tys. kobiet (20% kobiet objętych wsparciem w ramach Programu). Zakłada się, że pozostałe kobiety, które wypełnią Edynburską Skalę Depresji Poporodowej, mogą skonsultować się z lekarzem POZ lub ze specjalistą psychiatrii w celu weryfikacji wyników ankiety i ewentualnego podjęcia leczenia. Świadczenia te będą realizowane już w ramach świadczeń gwarantowanych.

Adresatami Programu będzie również personel medyczny POZ, w szczególności położne i pielęgniarki. Do tej grupy osób zostaną skierowane działania edukacyjne, wskazujące na konieczność zwrócenia uwagi na stan psychiczny kobiety w okresie poporodowym. Szkolenia będą miały na celu wzrost wiedzy w zakresie rozpoznania objawów depresji poporodowej oraz stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Zakłada się udział w szkoleniach 2 500 osób personelu medycznego POZ (5% pielęgniarek i położnych zgłoszonych do realizacji umów w rodzaju świadczeń POZ)¹⁴.

VIII. TRYB ZAPRASZANIA

Do wszystkich placówek POZ realizator powinien rozesłać drogą mailową zaproszenie do udziału w Programie (jednocześnie do wszystkich). W przypadku braku adresu email, realizator powinien wysłać zaproszenie listownie. Placówki POZ zainteresowane udziałem w Programie powinny zadeklarować liczbę personelu medycznego, który będzie kierowany na szkolenia. W pierwszej kolejności do szkoleń zostaną zakwalifikowane położne i pielęgniarki POZ, które w ramach wizyt patronażowych mają kontakt z matką i dzieckiem.

Działaniami informacyjno – edukacyjnymi zostaną objęte kobiety w ciąży – do położnych POZ oraz lekarzy ginekologów zostanie wysłana informacja o Programie. Personel medyczny opiekujący się kobietą w ciąży zostanie zaproszony do współpracy poprzez przekazanie ciężarnym informacji

¹⁴ Na podstawie: Raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*, marzec 2017; http://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf

o Programie oraz wręczenie materiałów informacyjno – edukacyjnych. Realizator może również nawiązać współpracę ze szkołami rodzenia, celem umożliwienia im przekazania materiałów informacyjno-edukacyjnych dla kobiet ciężarnych.

W ramach wizyt patronażowych położne i pielęgniarki będą zapraszać wszystkie kobiety w okresie poporodowym do odwiedzenia strony internetowej oraz pozostawią ulotki/broszury dotyczące depresji poporodowej. Kobiety zostaną poinformowane o możliwości wypełnienia testu on-line oraz konsultacji z psychologiem. W przypadku zaobserwowania niepokojących objawów, położna/pielęgniarka zaproponuje wspólne wypełnienie Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej oraz zachęci do konsultacji z psychologiem lub kontaktu z lekarzem POZ/psychiatrą.

IX. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Części składowe programu:

a. część logistyczno-administracyjna

Realizatorzy części logistyczno-administracyjnej programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego naboru wniosków o dofinansowanie projektu. Wybór realizatorów nastąpi w oparciu o zapisy ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014 - 2020. Zakłada się, że w ramach ww. naboru wnioski o dofinansowanie projektu będą mogły składać następujące podmioty:

- uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym,
- instytuty badawcze uczestniczący w systemie ochrony zdrowia działający w oparciu o ustawę z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych ,
- podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie ginekologii i położnictwa,
- podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie ginekologii i położnictwa,
- podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

b. część merytoryczna (realizacja programu)

Zadania tej części programu realizowane będą przez:

- realizatora programu (tj. projektodawcę wyłonionego w ramach konkursu realizowanego w ramach Programów Operacyjnych współfinansowanych ze środków unijnych),
- poradnie POZ w ramach umów podpisanych z realizatorem Programu,
- poradnie o charakterze ginekologicznym lub położniczo-ginekologicznym,
- psychologów udzielających porad w ramach Programu,

- zaproszone do współpracy organizacje pozarządowe działające w dziedzinie zdrowia psychicznego (element fakultatywny Programu)

c. część oceniająca

Powołana przez realizatorów Rada ds. Oceny Programu, do której powinna być oddelegowana co najmniej 1 osoba od każdego realizatora programu. Rada powinna przedstawić ogólne wytyczne co do przygotowanych materiałów i akcji edukacyjno-promocyjnych, celem zachowania ich spójności. Rada odpowiedzialna będzie za ocenę realizacji programu, nadzór nad prowadzeniem systemu monitorowania uczestników szkoleń oraz zadań realizowanych przez pielęgniarki i położne oraz uczestników programu, podsumowanie programu, analizę statystyczną i epidemiologiczną wyników programu, przygotowanie raportów i ewentualnego cyklu publikacji naukowych. Po 3 latach realizacji Programu, Rada powinna dokonać szczegółowej analizy realizowanego wsparcia, w szczególności w zakresie:

- szkoleń personelu medycznego,
- działań personelu medycznego po szkoleniach,
- promocji Programu wśród kobiet będących w ciąży,
- promocji Programu wśród kobiet w okresie poporodowym,
- konsultacji psychologicznych.

2. Etapy realizacji Programu:

Etap	Rok	Zadania
Wybór realizatorów	2017	Wybór realizatorów w ramach naboru wniosków o dofinansowanie. Powołanie Rady ds. Oceny Programu, w skład której wchodzi co najmniej jeden przedstawiciel każdego realizatora.
Przygotowawczy (organizacyjny)	2018	Nawiązanie współpracy z poszczególnymi POZ i poradniami specjalistycznymi. Spotkanie informacyjne zorganizowane przez realizatora. Zlecenie realizacji portalu internetowego i koordynacja jego wdrożenia. Opracowanie materiałów informacyjno – edukacyjnych dla kobiet nt. depresji poporodowej, znaczenia wczesnego jej rozpoznawania i leczenia (ulotki, broszury, plakaty informacyjne dla pacjentów) oraz prowadzenie akcji edukacyjnych.

		Zatrudnienie psychologa/psychologów.
Szkolenia	2018	Rekrutacja z poszczególnych POZ położnych i pielęgniarek do udziału w szkoleniach. Przeprowadzenie pierwszych szkoleń dla położnych i pielęgniarek.
Realizacja	2018 - 2020	Uruchomienie portalu internetowego projektu – zwiększenie świadomości społeczeństwa o problemie depresji poporodowej. Akcje informacyjno – edukacyjne. Prowadzenie konsultacji z psychologiem. Promocja Programu przez personel medyczny, głównie położne i pielęgniarki POZ – przekazanie ulotek i broszur, poinformowanie o stronie projektu, możliwości konsultacji z psychologiem, zachęcenie do wspólnego wypełnienia ESDP.
Pogłębiona analiza wsparcia	2020	Przygotowanie przez Radę ds. Oceny Programu analizy. Analiza zaproponowanych w Programie rozwiązań wraz z rekomendacjami możliwych zmian / usprawnień. Dokonanie ewentualnych zmian w Programie.
Realizacja	2021-2023	Dalsza realizacja Programu po ewentualnych zmianach.
Podsumowanie	2023	Przygotowanie przez Radę ds. Oceny Programu raportu końcowego.

X. PLANOWANE INTERWENCJE, KRYTERIA KWALIFIKACJI UCZESTNIKÓW

1. Edukacja położnych i pielęgniarek POZ w zakresie wczesnej identyfikacji depresji poporodowej

Wybrany realizator zobowiązany jest do nawiązania współpracy z jednostkami POZ. Z każdej wybranej poradni POZ położne i pielęgniarki, które zajmują się opieką nad kobietami w okresie poporodowym i dziećmi powinny zostać skierowane na szkolenia z zakresu wczesnej identyfikacji depresji poporodowej oraz stosowania formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

Szkolenia powinny być prowadzone przez lekarzy specjalistów psychiatrów i psychologów (preferowane jest, aby osoby te posiadały stopień doktora nauk medycznych lub w przypadku psychologów odpowiedni stopień doktorski). Wielkość grupy szkoleniowej to maksymalnie 20 osób.

Szkolenie powinno trwać do 6 godzin lekcyjnych. Szkolenie powinno rozpoczynać się i kończyć testem sprawdzającym poziom wiedzy. Najwięcej szkoleń powinno zostać przeprowadzone w 2018 r., na początku realizacji Programu, tak aby następnie personel medyczny mógł wdrażać działania w zakresie realizacji Programu. Niemniej jednak dopuszcza się założenie przeprowadzenie części szkoleń w terminach późniejszych, tj. 2019 i 2020 r., tak aby personel medyczny, który nie uczestniczył w szkoleniach na początku realizacji Programu mógł również podnieść wiedzę w tym zakresie.

Zakłada się, że w pierwszej kolejności do udziału w szkoleniach będą kwalifikowane położne i pielęgniarki POZ, które w ramach swoich obowiązków przeprowadzają wizyty patronażowe. Jednakże, możliwy jest udział w szkoleniach również lekarzy POZ, którzy będą chcieli uzupełnić wiedzę w tym zakresie. Udział lekarzy POZ w szkoleniach zwiększy ich uważność na problem depresji poporodowej w czasie wizyt lekarskich kobiety czy to z problemem własnego zdrowia czy też dziecka. Ich udział będzie uzależniony od dostępności miejsc.

Przewiduje się udział co najmniej 2 500 osób personelu medycznego w szkoleniach w całym okresie realizacji Programu.

Szkolenie zakończy się otrzymaniem stosownego certyfikatu. Przewidywany zakres szkolenia to wprowadzenie do tematyki depresji, omówienie czynników ryzyka, objawów depresji, omówienie stosowania formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, zalet oraz ograniczeń ww. formularza, sposoby rozmawiania z osobą w depresji poporodowej, celem zachęcenia jej do konsultacji ze specjalistą.

2. Akcje edukacyjno – informacyjne

Uruchomiona zostanie strona projektu, na której powinny się znajdować następujące elementy:

- podstawowe informacje o depresji poporodowej (objawy, sposoby leczenia),
- informacje dla bliskim kobiet w zakresie rozpoznania objawów depresji poporodowej, porady jak zachęcić do konsultacji ze specjalistą,
- informacje, gdzie można otrzymać pomoc psychologiczną, psychiatryczną, wskazanie organizacji pozarządowych wspierających osoby w depresji, grupy wsparcia,
- przykłady kobiet, które opowiedzą o swoich doświadczeniach,
- forum nadzorowane przez psychologa, gdzie kobiety będą mogły zadawać pytania, wymieniać się spostrzeżeniami, wątpliwościami, porozmawiać z innymi kobietami; psycholog będzie odpowiedzialny za odpowiedzi na ewentualne pytania pojawiające się do specjalisty; zakładany czas na udzielenie odpowiedzi to maksymalnie 48 godzin,
- formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, wskazujący na ograniczenia ww. formularza oraz konieczności skonsultowania wyników ESDP z lekarzem¹⁵.

Dla wypełnienia formularza nie będzie konieczności wskazania żadnych danych osobowych – jako miernik Programu będą liczone jednostki wypełnionych formularzy. Żadne dane związane z wypełnieniem formularza również nie będą zbierane.

¹⁵ w wersji internetowej formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej nie powinny się znajdować punkty przyznawane za poszczególne odpowiedzi

Ponadto, każdy realizator będzie odpowiedzialny za opracowanie materiałów informacyjno – edukacyjnych (ulotki, broszury, plakaty). Ulotki i broszury powinny być przekazywane:

- kobietom w ciąży korzystającym z wizyty czy to u lekarza ginekologa czy to u położnej,
- kobietom w okresie poporodowym w trakcie wizyt patronażowych położnych i pielęgniarek.

W opracowaniu ww. materiałów powinien zostać zaangażowany doświadczony personel, tzn. psychiatry / psychologowie (wymóg posiadania co najmniej stopnia naukowego doktora lub udokumentowany dorobek naukowy z dziedziny projektu lub co najmniej 5-letniego doświadczenia w pracy z osobami chorymi na depresję).

Realizator może przewidzieć dodatkowe działania edukacyjne, w tym dla bliskich kobiet w ciąży/ po porodzie, np. w formie grupowych spotkań.

Działania edukacyjno-informacyjne będą skierowane do wszystkich kobiet będących w ciąży i następnie w okresie poporodowym. Nie przewiduje się tu żadnych kryteriów włączenia. Jednakże, należy wskazać, że działania nie będą skierowane do kobiet, których ciąża zakończyła się niepowodzeniem położniczym, gdyż w tym zakresie kobiety mogą powinny skorzystać ze wsparcia psychologicznego oferowanego w szpitalu (w ramach standardów opieki okołoporodowej).

3. Konsultacje z psychologiem

Realizator zapewni dostępność psychologa – możliwość konsultacji z psychologiem powinna być zapewniona dla kobiet, które po wypełnieniu formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej uzyskały wynik wskazujący na konieczność konsultacji ze specjalistą. Realizator powinien zapewnić, aby konsultacje były możliwe w miejscu zamieszkania kobiety, jak i w podmiocie leczniczym, gwarantując jednocześnie odpowiednie warunki do konsultacji psychologicznej (osobny gabinet).

Celem konsultacji będzie przede wszystkim weryfikacja wyników ankiety. W przypadku potwierdzenia diagnozy depresji poporodowej psycholog ustali z pacjentką dalszą ścieżkę postępowania. Zakłada się maksymalnie 3 konsultacje z psychologiem dla jednej pacjentki. Konsultacja powinna trwać ok. 45 min. Leczenie pacjentki, w tym również konieczność podjęcia leczenia farmakologicznego, będzie podejmowane w ramach świadczeń gwarantowanych.

Z konsultacji z psychologiem będą mogły skorzystać wszystkie kobiety w okresie poporodowym, wydłużając ten czas do osiągnięcia przez potomstwo wieku do 1 roku życia, tj. w okresie w którym pojawiają się objawy depresji poporodowej. Realizator zapewni, że na konsultacje z psychologiem będą mogły zgłosić się kobiety, które wypełniły formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej z położną lub pielęgniarką jak i kobiety, które wypełniły go samodzielnie.

4. Promocja Programu przez pielęgniarki i położne POZ

W ramach wizyt patronażowych położne i pielęgniarki POZ będą informować kobiety o kwestii depresji poporodowej, Programie, stronie internetowej projektu. W przypadku zauważenia objawów depresji położna lub pielęgniarka zaproponuje wspólne wypełnienie formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Wypełniona ankieta zostanie dołączona do dokumentacji medycznej pacjentki, z zachowaniem wszelkich zasad poufności. W przypadku wyniku ankiety wskazujących na możliwe

wystąpienie depresji, położna lub pielęgniarka POZ zachęci kobietę do wizyty u specjalisty, celem dalszej diagnozy, informując również o możliwości skorzystania z konsultacji psychologicznych.

Do wspólnego wypełnienia formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej będzie zapraszać położna lub pielęgniarka POZ, która w czasie wizyty patronażowej zauważy niepokojące objawy u młodej matki. W przypadku, gdy kobieta odmówi wypełnienia ankiety, pielęgniarka lub położna powinna zachęcić kobietę do odwiedzenia strony projektu, gdzie będzie można samodzielnie wypełnić formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, konsultacji z psychologiem bądź lekarzem POZ lub psychiatrą. Odpowiednia informacja powinna zostać zaznaczona w dokumentacji z wizyty. W przypadku, gdy pielęgniarka lub położna będą przeprowadzać kolejną wizytę, powinna zostać zwrócona uwaga na kwestię kondycji psychicznej matki. W przypadku, gdy będzie to ostatnia wizyta patronażowa realizowana w ramach NFZ, położna lub pielęgniarka powinna w formie telefonicznej monitorować pacjentkę.

Monitorowaniem przez położną lub pielęgniarkę powinny zostać objęte również te kobiety, u których Edynburska Skala Depresji Poporodowej wskazała na ryzyko wystąpienia depresji. Monitorowanie powinno polegać na rozmowie odnośnie stanu psychicznego kobiety oraz ewentualnie podjętego leczenia.

Przewiduje się, że położne i pielęgniarki uczestniczące w Programie otrzymają dodatek zadaniowy za realizację zadań związanych z Programem.

XI. SPOSÓB POWIĄZANIA DZIAŁAŃ PROGRAMU ZE ŚWIADCZENIAMI ZDROWOTNYMI FINANSOWANYMI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Planowane interwencje w Programie opierają się o realizację świadczeń finansowanych ze środków publicznych – wizyt patronażowych położnych i pielęgniarek POZ oraz konsultacji lekarskich/położniczych dla kobiet w ciąży. Kobiety ciężarne w ramach konsultacji lekarskich / położniczych otrzymają odpowiednie materiały informacyjne. W ramach wizyt patronażowych możliwe będzie informowanie o Programie poprzez przekazanie ulotek/broszur, zachęcenie do odwiedzenia strony internetowej. W przypadku zauważenia w czasie wizyty patronażowej niepokojących objawów u kobiety, położna lub pielęgniarka powinna zaproponować wspólne wypełnienie formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej – będzie to element dodatkowy w stosunku do świadczonej wizyty patronażowej.

Proponowane konsultacje z psychologiem 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 3 konsultacje dla jednej pacjentki). W przypadku potwierdzenia choroby, pacjentka zostanie skierowana do lekarza specjalisty (do psychiatry – bez wymogu skierowania; do lekarza POZ – z prośbą o skierowanie do psychologa).

Początkowo, może wydawać się, że realizacji Programu przyczyni się do obciążenia systemu opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie liczby osób korzystających z porad psychiatrycznych i psychologicznych. Jednak należy zwrócić uwagę na długofalowe cele i efekty Programu – wczesna

diagnoza depresji poporodowej i podjęcie stosownego leczenia przyczyni się do obniżenia późniejszych kosztów leczenia pacjentek z silniejszą depresją. Dodatkowo, należy zwrócić uwagę, że w przypadku depresji poporodowej problemy zdrowotne może mieć również dziecko, np. szybsze tętno. Zatem podjęcie leczenia przez matkę pozytywnie wpłynie również na stan zdrowia dziecka.

XII. SPÓJNOŚĆ MERYTORYCZNA I ORGANIZACYJNA

Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie w planowanych przez siebie interwencjach oraz jest uzupełnieniem do świadczeń gwarantowanych.

XIII. SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE I MOŻLIWOŚĆ KONTYNUACJI OTRZIMYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ UCZESTNIKÓW PROGRAMU

W części dotyczącej szkoleń personelu medycznego, zakończenie szkolenia będzie równoznaczne z zakończeniem udziału w tej części Programu. Położne i pielęgniarki POZ powinny stosować zdobytą wiedzę w ramach realizowanych wizyt patronażowych.

W części dotyczącej wizyt patronażowych, zakończeniem udziału w Programie będzie zakończenie wizyty bądź zakończenie monitorowania pacjentki przez pielęgniarkę lub położną lub zakończenie konsultacji z psychologiem. Część kobiet może po wizycie patronażowej udać się do specjalisty w celu weryfikacji wyników formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Świadczenia w tym zakresie będą finansowane ze środków publicznych.

XIV. BEZPIECZEŃSTWO PLANOWANYCH INTERWENCJI

Interwencja informacyjna i szkoleniowo-edukacyjna związana z realizacją Programu nie niesie ze sobą ryzyka zdrowotnego i nie stanowi problemu z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta i lekarza POZ. Za opracowanie merytoryczne materiałów informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, odpowiedzialni będą wykwalifikowani pracownicy posiadający co najmniej stopień naukowy doktora lub udokumentowany dorobek naukowy z dziedziny projektu lub co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z osobami chorymi na depresję.

Program nie zakłada stosowania żadnych substancji leczniczych.

Bezpieczeństwo danych medycznych, które są danymi szczególnie wrażliwymi, należeć będzie do realizatora, który odpowiedzialny będzie za administrowanie bezpieczeństwem informacji oraz będzie pełnił rolę Administratora Bezpieczeństwa Systemów Informatycznych.

Wszystkie dane osobowe przekazywane w trakcie realizacji programu będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ.U. Nr 101, poz. 926).

Realizator zapewni, że udzielane konsultacje psychologiczne (spotkania z psychologiem oraz wsparcie specjalisty w ramach forum na stronie internetowej realizatora) będą udzielane z poszanowaniem praw pacjenta przez psychologów posiadających prawo wykonywania zawodu psychologa oraz co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pracy z osobami chorymi na depresję.

XV. KOMPETENCJE/WARUNKI NIEZBĘDNE DO REALIZACJI PROGRAMU

Ośrodki realizujące program (realizatorzy) zostaną wyłonione na podstawie konkursu organizowanego w ramach Programów Operacyjnych współfinansowanych ze środków unijnych, zgodnie z określonymi kryteriami wyboru projektów.

Jednostka POZ, z którymi realizator nawiąże współpracę - umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń POZ.

Rada ds. Oceny Programu – do Rady powinna być oddelegowana co najmniej 1 osoba od każdego realizatora Programu. Radzie powinna przewodniczyć osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie, tzn. posiada specjalizację z zakresu psychiatrii lub psychologii, ma doświadczenie w koordynowaniu programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej/badań naukowych, ma doświadczenie w pracy z chorymi na depresję (co najmniej 5 lat), potrafi pracować w zespole.

XVI. DOWODY SKUTECZNOŚCI PLANOWANYCH DZIAŁAŃ

W Polsce dotychczas nie były realizowane podobne w konstrukcji programy dotyczące wczesnego rozpoznawania depresji poporodowej. Działania w tym zakresie oparte o Edynburską Skalę Depresji Poporodowej są powszechnie stosowane i mają potwierdzenie w badaniach naukowych [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

U.S. Preventive Services Task Force w styczniu 2016 wydała rekomendacje w zakresie badań przesiewowych dla wczesnego wykrycia depresji, w szczególności kobiet w okresie połogu. U.S. Preventive Services Task Force rekomenduje wykorzystanie w badaniach, m.in. formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej [18].

XVII. KOSZTY

Koszty będą ponoszone zgodnie z zapisami Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020 oraz Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020, dostępnych tu: <https://www.mr.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na-lata-2014-2020/>

1. Koszty jednostkowe

Poniższa tabela przedstawia szacowane koszty poszczególnych działań. Są to szacunkowe koszty. Przy szacowaniu kosztów uwzględniono limity określone *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020*, konsultacje przeprowadzone z jednostkami odnośnie proponowanych kosztów. Realizator wykaże szczegółowy budżet.

Tabela 6. Szacunkowe koszty w Programie

Działanie/interwencja	Koszt
Opracowanie i druk materiałów edukacyjno-informacyjnych	700 tys. zł na 3 lata
Przygotowanie strony internetowej zgodnie z wymogami wraz z zapewnieniem wsparcia specjalisty w ramach forum	86 tys. zł na 3 lata; 500 tys. moderowanie strony przez specjalistę
Przeprowadzenie szkoleń	312 tys. zł (koszt wynajmu sali, organizacji spotkania oraz wynagrodzenia wykładowcy)
Konsultacje psychologiczne	98 zł za konsultację (45 min)
Dodatek dla położnej / pielęgniarki	50 zł miesięcznie
Koszty pośrednie (koszty funkcjonowania Rady,	500 tys. zł

2. Koszty całkowite (szacunkowe)

Zakłada się, że na pierwsze 3 lata realizacji Programu zostanie przeznaczony co najmniej 15 mln zł na realizację Programu. Dalsze finansowanie Programu będzie zależało od wyników pogłębionej analizy efektywności Programu oraz możliwości finansowych. Koszt jednostkowy – tj. całość przewidywanych wydatków w podziale na przewidywaną grupę docelową w skali 3 lat to ok. 20 zł.

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Projekty, w ramach których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, współfinansowane będą ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Przy realizacji projektów wdrażających program możliwe będzie występowanie partnerstwa. Regulacje w zakresie projektów partnerskich wynikają z przepisów art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów operacyjnych polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.).

Zachęca się realizatorów do nawiązywania współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób chorych na depresję. Jest to element fakultatywny Programu.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Z uwagi na brak systemowych rozwiązań w zakresie finansowania ze środków publicznych programów skoncentrowanych na wczesnym wykrywaniu depresji poporodowej, uzasadnione jest podjęcie działań mających na celu wypełnienie tej luki. Prawidłowe, wczesne rozpoznanie i wdrożone optymalne leczenie przyspiesza powrót do pełnej aktywności społecznej matki i wpłynie pozytywnie na rozwój dziecka. Program ten ma szansę przynieść długotrwałą poprawę w tym zakresie poprzez podniesienie kompetencji położnych i pielęgniarek POZ oraz lekarzy POZ. Personel medyczny będzie mógł podnieść

swoją wiedzę zarówno poprzez uczestnictwo w szkoleniach, jak i nabyć praktyczne umiejętności dzięki możliwości stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w praktyce.

XVIII. MONITOROWANIE I EWALUACJA

1. Ocena zgłaszalności

- liczba przeszkolonych położnych, pielęgniarek i lekarzy POZ,
- liczba kobiet, które wypełniły formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (z położną lub pielęgniarką lub on-line),
- liczba przeprowadzonych konsultacji psychologicznych.

Wskaźniki monitorowania oraz oczekiwane efekty realizacji Programu będą poddane szczegółowej analizie epidemiologicznej i statystycznej, tak jak ma to miejsce w przypadku innych ogólnopolskich programów profilaktyki.

2. Ocena jakości interwencji w Programie

Ocena jakości interwencji w Programie będzie monitorowana za pomocą ankiety po przeprowadzonych szkoleniach. Do oceny jakości materiałów edukacyjno-informacyjnych, które zostały zamieszczone na stronie internetowej zostaną zaproszone osoby odwiedzające stronę internetową. Za ocenę jakości interwencji będzie również odpowiedzialna Rada ds. Oceny.

3. Ocena efektywności Programu

Ocena efektywności Programu zgodna z miernikami efektywności, sugeruje się przeprowadzenie ewaluacji efektywności w dłuższej perspektywie czasu (np. po roku od zakończenie programu). Zakłada się wykonanie pogłębionej analizy efektywności Programu po 3 latach jego realizacji. Odpowiadać będzie za to Rada ds. Oceny. Zakres ewaluacji będzie uzależniony od przeprowadzonej analizy.

4. Ocena trwałości efektów programu

Pacjent będzie mógł skorzystać ze świadczeń gwarantowanych w przypadku potrzeby skorzystania z ze świadczeń psychologa lub psychiatry.

Opracowany i przetestowany program polityki zdrowotnej zostanie udostępniony dla jednostek samorządu terytorialnego w celu jego kontynuacji, przy niezbędnych modyfikacjach, np. w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2014 - 2020 i ewentualnie innych środków.

Przeszkolony personel medyczny będzie mógł wykorzystywać zdobytą wiedzę i doświadczenie również po okresie zakończenia realizacji Programu.

Bibliografia

1. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice 9th edition; 2016;127.
2. Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. J. Rymaszewska, M. Dolna, M. Gryboś, A. Kiejnia. GIN. POL., 2005, 76, 4.

3. „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.
4. O'Hara W.M., Swain M.A. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996; 8(1):37-54.
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. Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. M. Kaźmierczak, G. Gebuza, M. Gierszewska, *Problemy pielęgniarstwa* 2010, tom 18, zeszyt nr 4, 503-511.
7. Born L., Zinga D., Steinem M. (2004). Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders. *Primary Psychiatry*; 11; 29–36.
8. Nylen K., Moran T., Franklin C., O'Hara M. (2006). Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*; 27: 327–343.
9. Leung S.S., Leung C., Lam T.H., et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. *J Public Health (Oxf)* 2011 Jun;33(2):292-301.
10. Carpiniello B., Pariante C.M., Serri F., et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997 Dec;18(4):280-5.
11. Adouard F., Glangeaud-Freudenthal N.M., Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health* 2005 Jun;8(2):89-95.
12. Benvenuti P., Ferrara M., Niccolai C., et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord* 1999 May;53(2):137-41.
13. Bunevicius A., Kusminskas L., Bunevicius R. Validation of the Lithuanian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 2009;45(7):544-8.
14. Leverton T.J., Elliott S.A. Is the EPDS a magic wand?: 1. A comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and health visitor report as predictors of diagnosis on the Present State Examination. *J Reprod Infant Psychol* 2000 Nov 1;18(4):279-96.
15. Murray D., Cox J.L. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990;8:99-107.
16. Borysewicz K., Edynburska skala depresji poporodowej, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2000, 9: 71-77.
17. Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016 – 2020. Ministerstwo Zdrowia
18. Siu A.L., U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, et al. 2016. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *JAMA*;315:380-87, doi:10.1001/jama.2015.18392.
19. Hegerl U., Wittmann M., Arensman E., Van Audenhove C. The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(1):51-8.

20. Thase M.E. 2016. Recommendations for Screening for Depression in Adults. JAMA;315 (4): 349-350.
21. Pignone M.P., Gaynes B.N. et al. 2002. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the USPSTF. Ann Intern Med. 136 (10): 765-776.
22. U.S. Preventive Services Task Force. 2009. Screening for depression in adults: USPSTF recommendation statement. Ann Intern Med.151 (11):784-792.+
23. Ontario Psychological Association, Guidelines for Best Practices in Electronic Communications, OPA Communications and Member Services Committee, 2015.
24. The Royal Australian College of General Practitioners, e-Mental health: A guide for GPs, 2015.
25. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline, published: 28 October 2009, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
26. Joint Action on Mental Health and Well-being. Depression Suicide Prevention and e-Health, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/depression-suicide-and-e-health>.
27. Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf

Źródła internetowe:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
<http://www.webmd.com/depression/postpartum-depression/>
https://www.babycenter.com/0_postpartum-depression_227.bc
<http://www.postpartumprogress.com/>
<http://www.nhs.uk/conditions/Postnataldepression/Pages/Introduction.aspx>
<http://www.rcpsych.ac.uk/expertadvice/problemsdisorders/postnataldepression.aspx>
<http://www.magicmaman.com/,la-depression-post-partum-en-question,2006279,2242766.asp>
<https://www.depression.fr/>
<http://www.eaad.net/>

Załącznik 1.

Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Pytania dotyczą samopoczucia w ciągu ostatniego tygodnia.:

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. Obwinałam 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)
- tak, czasami (2 punkty)
- tak, bardzo często (3 punkty)

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

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

Kobieta która uzyska wynik 12, 13 lub więcej punktów powinna skorzystać z konsultacji psychologa, psychiatry lub lekarza innej specjalności.

Badane otrzymują do wypełnienia skalę bez punktów zamieszczonych przy poszczególnych wersjach odpowiedzi. Autorzy skali podkreślają konieczność zwrócenia uwagi na osoby, które ujawniają myśli o zrobieniu sobie krzywdy (pozycja 10), nawet, jeśli ich ogólny wynik uzyskany w badaniu jest niski.)

Źródło: Borysewicz K., Edynburska skala depresji poporodowej, Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2000, 9: 71-77