



Po pierwsze

ZDROWIE PSYCHICZNE

WARTOŚCIĄ DLA PAŃSTWA

Autorzy:

Tomasz Rowiński

Piotr Gątecki

Małgorzata Janas-Kozik

Anna Depukat



Spis treści

Wprowadzenie	01
Sytuacja dzieci i młodzieży w Europie	02
Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce	05
I poziom referencyjny	07
II poziom referencyjny	07
III poziom referencyjny	08
Nowe zawody medyczne w psychiatrii dziecięcej	08
Sytuacja demograficzna w krajach Unii Europejskiej	09
Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży	10
Hospitalizacje dzieci i młodzieży z powodu zaburzeń psychicznych	20
Trzecia strona leczenia dzieci i młodzieży w zdrowiu psychicznym	26
Czynniki warunkujące zdrowie psychiczne dzieci	28
Sytuacja socjoekonomiczna rodzin	28
Dostępność w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży	28
Koordynacja wsparcia wewnątrz i zewnątrz sektorowa	32
Aktywność fizyczna	34
Zdrowie psychiczne opiekunów prawnych	35
Równowaga pomiędzy życiem osobistym i zawodowym rodziców	36
Media cyfrowe, w tym media społecznościowe	36
Pandemia COVID-19	37
Szkoła jako zasób w budowaniu odporności psychicznej niepełnoletnich	37
Podejmowanie decyzji w ochronie zdrowia psychicznego na podstawie dowodów naukowych	39
Młodzież na rynku pracy	39
Rekomendacje	41
Spis rysunków	48
Spis tabel	48
Bibliografia	49

Szanowni Państwo,

w uzgodnieniu z ekspertami z zakresu zdrowia psychicznego oraz specjalistami z organizacji członkowskich Pracodawców RP przygotowaliśmy rekomendacje dotyczące ochrony młodych osób przed kryzysem psychicznym, wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w kontekście ich przyszłej aktywności zawodowej oraz wsparcia zdrowia psychicznego osób dorosłych aktywnych zawodowo.

Podpowiadamy jak ważne jest wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego Europejczyków, ze szczególnym uwzględnieniem dbałości o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – poprzez między innymi zapewnienie higieny cyfrowej w dobie postępu technologicznego – oraz dbałości o zdrowie psychiczne osób aktywnych zawodowo.

Dzieci i młodzież stanowią jedną trzecią populacji globalnej, a inwestycje w ich zdrowie mają długofalowe korzyści społeczne i ekonomiczne. Zdrowie młodzieży wpływa na ich edukację, zdolność do bycia aktywnymi obywatelami oraz przyszłą działalność zawodową.

Podjęcie inicjatywy na rzecz budowania odporności psychicznej osób aktywnych zawodowo, równego dostępu do zdrowia i dobrostanu jest niezbędne dla zrównoważonego rozwoju społecznego.

Zdrowie psychiczne to integralna część zdrowia publicznego i gospodarki. Z uwagi na to w celu utrzymania aktywności zawodowej każdego dorosłego człowieka, a także dzieci i młodzieży jako przyszłych osób aktywnych zawodowo, stajemy przed poważnymi zmianami w zdrowiu publicznym, ponieważ nierozdzielnie wiąże się ono z rozwojem gospodarczym naszego kraju oraz Europy.

Rafał Dutkiewicz
Prezes Zarządu Pracodawców
Rzeczypospolitej Polskiej



01 Wprowadzenie

Zgodnie z raportem UNICEF (2021) problemy zdrowia psychicznego dotyczą 19% chłopców, natomiast u dziewcząt w tej samej grupie wiekowej odsetek ten przekracza 16% w wieku 15 – 19 lat. Dodatkowo, około dziewięciu milionów nastolatków w Europie (w wieku od 10 do 19 lat) cierpi na różne zaburzenia psychiczne. Ponad połowę tych przypadków stanowią depresja i zaburzenia lękowe. Autorzy raportu zaznaczają, że roczne straty w zakresie kapitału ludzkiego w Europie wynikające z problemów psychicznych dzieci poniżej 19. roku życia wynoszą aż 50 miliardów euro.

Komisja Europejska (2023a) przyjęła dokument (COM/2023/298) określający ramy kompleksowego podejścia do zdrowia psychicznego. Ma on na celu wspieranie państw członkowskich w podejmowaniu wyzwań związanych ze zdrowiem psychicznym na terenie UE. Dokument ten opiera się na trzech kluczowych zasadach:

- zapewnienie dostępu do odpowiedniej i skutecznej profilaktyki;
- dostęp do wysokiej jakości opieki i leczenia w zakresie zdrowia psychicznego oraz
- możliwość społecznej reintegracji po wyzdrowieniu.

W kontekście prezydencji Polski w UE, problematyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży nabiera znaczenia. Polska ma możliwość odegrania kluczowej roli w promocji działań zapobiegawczych oraz poprawie dostępu do usług zdrowia psychicznego dla niepełnoletnich. W dokumentach strategicznych mało podkreślany jest czynnik, który w badaniach naukowych jest wskazywany jako kluczowy, tj. kondycja psychiczna ich rodziców. Zaburzenia psychiczne rodziców pięciokrotnie zwiększają ryzyko problemów psychicznych u ich dzieci. Przy czym warunki pracy oraz środowisko pracy może być czynnikiem sprzyjającym zdrowieniu, wzmacniającym lub wywołującym zaburzenia psychiczne. Praca jest istotnym aspektem zdrowia psychicznego rodziców. Jej stabilność, w tym warunki finansowe, są kluczowe dla kondycji psychofizycznej opiekunów prawnych dzieci.

W raporcie przedstawiono aktualne dane dotyczące kondycji psychofizycznej dzieci i młodzieży w krajach członkowskich, uwarunkowań systemowych i społeczno-ekonomicznych oraz wskazano najważniejsze wnioski i kierunki działania wynikające ze strategicznych unijnych dokumentów. Polska jako kraj członkowski może wskazać, że ośrodki przedlekarskiej pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej dla dzieci i ich rodzin mogą być odpowiedzią na potrzeby zdrowotne oraz pozwalają zwiększać dostępność do usług publicznych. Ze względu na uwarunkowania prawne i kulturowe, tradycje systemu opieki psychiatrycznej w różnych krajach członkowskich mogą prowadzić do różnych sposobów implementacji tego rozwiązania.

02 Sytuacja dzieci i młodzieży w Polsce

Zdrowie psychiczne to integralna część zdrowia publicznego i gospodarki. Przed pandemią około 84 milionów osób w UE cierpiało na problemy psychiczne, co kosztowało 4% PKB Unii Europejskiej. Kryzysy, takie jak pandemia COVID-19, wojna na Ukrainie i zmiany klimatyczne, dodatkowo pogorszyły ten stan. Kluczowe wyzwania obejmują wzrost liczby przypadków depresji, lęków i samotności. W dokumencie strategicznym OECD/European Union (2018; 2022) zdrowie psychiczne jest wskazywane jako priorytet w działaniach na rzecz zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazuje, że jedno na pięć dzieci i nastolatków cierpi na zaburzenia psychiczne lub behawioralne. Z najnowszych badań epidemiologicznych Kielinga i in. (2024) wynika, że w grupie 5–9 lat choruje 6,80% dzieci, w grupie 10–14 lat – 12,40%; w grupie 15–19 lat – 13,96% oraz w grupie 20–24 lat – 13,63%. Zapadalność na poszczególne zaburzenia różniła się w zależności od grupy wiekowej, a wzorce charakterystyczne dla płci ulegały zmianom wraz z wiekiem. Zaburzenia psychiczne odpowiadały za 31,14 miliona spośród 153,59 miliona YLD (20,27% YLD ze wszystkich przyczyn). Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych odpowiadały za 4,30 miliona YLD (2,80% YLD ze wszystkich przyczyn). W całym okresie życia, jedna czwarta (24,85%) wszystkich YLD dotyczy zaburzeń psychicznych rozpoczynających się przed ukończeniem 25-ego roku życia.

Rekomendacje WHO podkreślają szczególną potrzebę zajęcia się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w europejskich systemach ochrony zdrowia (Jansen i in., 2023). Pomimo postępu technologicznego i lepszego dostępu do opieki zdrowotnej, nadal istnieją znaczne nierówności zdrowotne między krajami oraz wewnątrz samych państw. **W szczególności zwraca uwagę brak wyraźnych zobowiązań do kontynuacji strategii dotyczących zdrowia dzieci i młodzieży, co jest postrzegane jako znaczące w kontekście ich realizacji przez kraje członkowskie.** Analiza systemu usług publicznych w zdrowiu psychicznym (Patel i in., 2023) wskazuje, że business as usual nie jest możliwy do stosowania w systemach ochrony zdrowia psychicznego po pandemii COVID-19. Kraje UE stoją przed poważnymi wyzwaniami w obszarze zdrowia publicznego, które wymagają decyzji ukierunkowanych na długoterminową perspektywę, przy jednoczesnej możliwości szybkiego zwrotu z inwestycji (Jackson-Morris i in., 2024).

Dzieci i młodzież stanowią jedną trzecią populacji globalnej, a inwestycje w ich zdrowie mają długofalowe korzyści społeczne i ekonomiczne. Zwracają uwagę, że zdrowie młodzieży wpływa na ich przyszłą produktywność, edukację i zdolność do bycia aktywnymi obywatelami. Wskazują także na nowe i pojawiające się problemy, takie jak wpływ zmian klimatycznych oraz migracje związane z konfliktami, które mogą prowadzić do dalszego pogorszenia sytuacji zdrowotnej w tej grupie.

Wnioski z tego stanowiska podkreślają konieczność, aby WHO oraz europejskie państwa członkowskie przywróciły priorytetowe traktowanie dzieci i młodzieży w politykach publicznych. Kraje UE powinny zapewnić im równy dostęp do zdrowia i dobrostanu, co jest niezbędne dla zrównoważonego rozwoju społecznego.

W latach 1990–2019 globalna liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność (DALY) spowodowanych zaburzeniami psychicznymi wzrosła z 80,8 miliona do 125,3 miliona (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Udział globalnych DALY przypisywanych zaburzeniom psychicznym zwiększył się z 3,1% do 4,9%. Zaburzenia psychiczne nadal należą do głównych przyczyn obciążeń zdrowotnych na świecie. Wskaźniki obciążenia mierzone w latach życia skorygowanych o niepełnosprawność (DALY) były widoczne we wszystkich grupach wiekowych. Pojawiały się już przed ukończeniem piątego roku życia u osób z niepełnosprawnością umysłową i zaburzeniami ze spektrum autyzmu, a także w starszym wieku u osób z depresją, zaburzeniami lękowymi i schizofrenią. Ponadto, po uwzględnieniu wpływu pandemii na zdrowie populacji (spośród 25 głównych przyczyn), od 2010 roku standaryzowane wiekiem wskaźniki DALY wzrosły najbardziej dla zaburzeń lękowych – o 16,7%; zaburzeń depresyjnych – o 16,4% oraz cukrzycy – o 14,0% (GBD 2021 Mental Disorders Collaborators, 2023).

Raport UNICEF (2021) podkreśla, że nawet 1 na 7 młodych Europejczyków w wieku 10–19 lat doświadcza zaburzeń psychicznych. Niemal połowa (Barricán i in., 2022; Eurofound i in., 2022; OECD/European Union, 2022) młodych Europejczyków nie otrzymała odpowiedniej pomocy w zakresie zdrowia psychicznego. Ponadto, sytuacja popandemiczna oraz konflikt zbrojny w Ukrainie wpływają silnie na stan zdrowia psychicznego wśród Europejczyków (Eurofound i in., 2022).

Sytuacja staje się coraz bardziej złożona i wymagająca zintegrowanego podejścia w sferze polityk publicznych. Dokumenty Unii Europejskiej, np. Konkluzje Rady UE (Dz.U.U.E.C.2023.1337), instrumenty finansowe EU4Health programme 2021–2027² czy wspólne stanowisko Europejskiej Platformy na rzecz Zdrowia Psychicznego (Komisja Europejska, 2023, June 7) wskazują na konieczność wzmocnienia polityk zdrowia psychicznego, szczególnie w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Instytucje europejskie, w tym Rada Europejska, wzywała wielokrotnie kraje członkowskie do realizacji obietnic i zobowiązań na szczeblu unijnym oraz krajowym, aby stworzyć bardziej zintegrowany system wsparcia.

Wiele krajów wdraża inicjatywy i projekty, które są odpowiedzią na zidentyfikowane potrzeby. Mogą być przykładem dobrych praktyk i rozwiązań systemowych. Wymaga to przeglądu wyników pod kątem ich efektywności.

¹ <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-UE/konkluzje-rady-i-przedstawicieli-rzadow-panstw-czlonkowskich-w-sprawie-72232139>

² https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en

Tabela 1. Inicjatywy w obszarze zdrowia psychicznego dzieci podejmowane przez kraje lub grupy krajów członkowskich

Kraj	Nazwa programu	Tematyka	Rok
AT	Neunerhaus Mental Health Practice	Zapewnienie bardziej dostępnych usług zdrowia psychicznego	2024
DK	STIME: Cross-sector Collaboration on children and adolescents in mental distress	Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży	2024
DK	Study Buddy Program	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	2024
IT	Pets and smiles to enjoy life	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	2024
ES	ACCOMPANYAM, a novel multimodal intervention plan	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	2024
EL	Reintegration Through Sport	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	2024
NL	Tools4U	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	2024
ES	Home treatment for adolescents with anorexia nervosa after a brief hospitalisation	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	2024
NL	Multisystemic Therapy (MST)	Zapewnienie usług zdrowotnych opartych na społeczności	2018
NL	Flexible Assertive Community Treatment	Zapewnienie usług zdrowotnych opartych na społeczności	2018
DK	Fighting Stigma at Work: ONE OF US – the national campaign for antistigma in Denmark	Zdrowie psychiczne w miejscu pracy	2017
SI	This is Me prevention programme	Zdrowie psychiczne w szkołach	2017
CZ	Mindset: Destigmatization workshop for nursing high schools	Zdrowie psychiczne w szkołach	2017
CZ	Zippy's friends	Zdrowie psychiczne w szkołach	2017
AT	Suicide Prevention Austria	Zapobieganie samobójstwom	2017
BG	Center for social rehabilitation and integration of people with mental disorders	Zapewnienie usług zdrowotnych opartych na społeczności	2017
EL	Action Platform for the Rights in Mental Health	Zintegrowane podejścia do zarządzania zdrowiem psychicznym	2017
CZ	Integrated health and social care services in Pardubice region	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	2017
SE	Care process schizophrenia and schizophrenia-like state	Zintegrowane podejścia do zarządzania zdrowiem psychicznym	2017
UK	Living it Up	Wtórna prewencja chorób zakaźnych	2017
SE	Shoulder rehabilitation via distance technology	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	2017
BE; BG; CY; DK; EE	Special Olympics Youth Unified Sports programme	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	2016
BE	Coming out of one's shell, leaving the house	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	2016
DE	Ombold, Homeless Football League	Rehabilitacja i reintegracja do życia społecznego i zawodowego	

03 Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce

Od ponad dwudziestu lat ochrona zdrowia w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce nie spełniała swojego zadania. Kolejni Konsultanci Krajowi w psychiatrii dzieci i młodzieży wskazywali na systemowe problemy, które na początku 2017 roku wybrzmiały z dużo większą siłą. Problemy te można sprowadzić do kilku zasadniczych obszarów:

- nieefektywne finansowanie usług (rozliczenia i sprawozdawczość) w psychiatrii dzieci i młodzieży do standardu leczenia, szczególnie tzw. trzeciej strony leczenia. Rozliczenia świadczeń na zasadzie „odpłatności za kilka rodzajów usług”, tzw. „fee-for-service” doprowadziły do powolnej zapaści usług publicznych w tym zakresie. Leczenie szpitalne rozliczane stawką „osobodnia” lub ryczałtem (oddziały całodobowe oraz izby przyjęć/SOR) stało się de facto podstawową i często pierwszą formą kontaktu z systemem opieki w psychiatrii dzieci i młodzieży, pierwszorazowym wsparciem dla rodziny;
- niewystarczające nakłady, które były główną przyczyną odpływu kadr specjalistów z sektora publicznego do komercyjnego;
- brak motywatorów prawnych i finansowych dla podmiotów leczniczych w kierunku podnoszenia jakości usług i rozwoju profilaktyki i współpracy międzysektorowej;
- nieadekwatny system organizacji usług do potrzeb leczenia rodziny oraz dzieci i młodzieży, który nie pozwalał na objęcie opieką całej rodziny, jeżeli wymagało tego dobro dziecka (wyniki diagnozy i konceptualizacji);
- nieefektywne rozłożenie pomocy dla dzieci i młodzieży w systemie usług publicznych, szczególnie dotyczy to organizacji i nakładów finansowych w sektorze oświaty, ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Nie pozwalało to na efektywną współpracę międzysektorową i nie dawało jakiegokolwiek szansy na kontynuację leczenia poza szpitalem.

W odpowiedzi na powyższe problemy, a także zgodnie z dyrektywami unijnymi oraz strategicznymi dokumentami w Polsce (np. Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022), cele reformy określono następująco:

- deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce zgodnie z trendami światowymi, dyrektywami unijnymi, strategicznymi dokumentami rządowymi, czyli ewolucyjne przenoszenie ciężaru organizacyjno-finansowego z leczenia szpitalnego (głównie porad lekarskich) na ambulatoryjne i środowiskowe (głównie porady psychologiczne i terapeutyczne);

- wdrożenie ścieżki pacjenta w systemie ochrony zdrowia psychicznego zgodnie ze standardami leczenia i optymalizacja wykorzystania kadr medycznych w systemie usług publicznych, np. porady lekarzy psychiatrów powinny być dla tych dzieci i młodzieży, które rzeczywiście wymagają diagnozy lekarskiej lub farmakoterapii;
- zapewnienie szybkiej interwencji przez innych specjalistów systemu ochrony zdrowia psychicznego, tj. psychologów, psychoterapeutów dzieci i młodzieży, terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży;
- wzrost dostępności do usług ambulatoryjnych i środowiskowych na poziomie powiatów, np. kontraktowanie świadczeń w ramach środowiskowych poradni psychologiczno - psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży na poziomie powiatów i dzielnic w całej Polsce;
- rozwój świadczeń środowiskowych, tj. wprowadzenie obowiązku współpracy ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym poza podmiotem leczniczym;
- stworzenie ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom - wyrównywanie różnic pomiędzy poszczególnymi regionami;
- rozwój kadr medycznych pod kątem nowego systemu organizacji usług w psychiatrii dzieci i młodzieży.

W polskim Ministerstwie Zdrowia wypracowano nowe ramy leczenia dzieci i młodzieży z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Ramy te służyły kilku celom reformy – zmiany systemowej: rozwój usług środowiskowych, zwiększeniu dostępności oraz optymalizacji kadr medycznych. Trzy poziomy referencyjne to sieci podmiotów leczniczych w psychiatrii dzieci i młodzieży, które od strony organizacyjnej i finansowania powinny tworzyć sieć poradni, oddziałów dziennych czy całodobowych. Poziomy referencyjne miały odpowiadać na problemy i trudności, z którymi zgłaszają się rodziny z dziećmi. To co istotne, uwzględnił on stan i problemy opieki psychiatrycznej nad niepełnoletnimi do roku 2018 – zmiana miała dotyczyć aktualnie istniejącego systemu ochrony zdrowia, który nie pozwalał już na odkładanie dalszych decyzji i działań dotyczących odwrócenia negatywnej i coraz kosztowniejszej sytuacji (trendów).

Rysunek 1. Inicjatywy w obszarze zdrowia psychicznego dzieci podejmowane przez kraje lub grupy krajów członkowskich

I poziom referencyjny

I wariant – Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży
 II wariant – Zespół Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (dodano w 2021)

II poziom referencyjny

Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
 I wariant – Poradnia zdrowia psychicznego (dodano w 2021)
 II wariant – Poradnia zdrowia psychicznego + oddział dzienny

III poziom referencyjny

Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej

I poziom referencyjny

Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej pełnią funkcję pierwszego miejsca kontaktu w przypadku zidentyfikowania trudności natury psychicznej. W założeniu są to małe placówki (4 etatowe – I wariant lub 2 etatowe – II wariant – od 2021 r.) zatrudniające psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży. Mają być zlokalizowane możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjentów, finansowane w sposób ryczałtowy i zapewniające wsparcie dla niepełnoletnich pacjentów z niewielkiego obszaru terytorialnego. Istotne było, aby rozporządzenie Ministra Zdrowia wymagało ścisłej współpracy tych podmiotów leczniczych z placówkami edukacyjnymi zlokalizowanymi na danym terytorium. Aktualnie jest 491 takich ośrodków w Polsce.

II poziom referencyjny

W ramach II poziomu referencyjnego leczeniem objęci są pacjenci, którzy nie mogą korzystać z opieki środowiskowej, ponieważ działania podejmowane na I poziomie okazały się nieskuteczne, lub posiadają wstępną diagnozę wskazującą na potrzebę wsparcia psychiatrycznego i wdrożenia farmakoterapii.

Leczenie na II poziomie odbywa się w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci (zgodnie ze stanem na 2018 rok) oraz w oddziałach dziennych rehabilitacyjnych dla dzieci. Istotnym założeniem reformy jest stopniowe tworzenie możliwości realizacji obowiązku szkolnego na oddziałach dziennych. W związku z tym do rozmów o zmianach legislacyjnych zaproszono Ministerstwo Edukacji Narodowej. Kluczowym celem było uproszczenie i usprawnienie realizacji obowiązku szkolnego dla dzieci hospitalizowanych w oddziałach dziennych psychiatrycznych na II poziomie referencyjnym.

Do tej pory powstały 173 ośrodki tego poziomu, w tym 90 funkcjonujących jako centra zdrowia psychicznego dla dzieci (wariant II).

III poziom referencyjny

Wysokospecjalistyczne ośrodki miały stanowić formę leczenia dla dzieci i młodzieży, które z powodu zagrożenia życia lub zdrowia wymagają hospitalizacji. Dlatego ten poziom opieki obejmuje oddział psychiatryczny dziecięcy i młodzieżowy z izbą przyjęć. Ponieważ większość z tych ośrodków znajduje się w szpitalach pediatrycznych wieloprofilowych, zaplanowano przy nich również II poziom referencyjny, obejmujący poradnię zdrowia psychicznego oraz oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży. Ścieżka pacjenta obejmuje zarówno przyjęcia w trybie nagłym, jak i planowym do leczenia szpitalnego. W ramach tej organizacji powstało 34 ośrodki III poziomu, a w każdym województwie zaplanowano co najmniej jeden szpital, który posiada oddział psychiatryczny dla dzieci.

04 Nowe zawody medyczne w psychiatrii dziecięcej

Kształcenie kadr oraz uporządkowanie kwalifikacji w obszarze leczenia dzieci i młodzieży z zaburzeniami i chorobami psychicznymi stało się konieczne, aby można było wdrożyć trzy poziomową strukturę opieki. Wprowadzono nowe zawody oraz modyfikacje istniejących, w tym: nowy program specjalizacji w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży (od kwietnia 2018), kwalifikację terapeuty środowiskowego dzieci i młodzieży w Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (od grudnia 2019) oraz specjalizację z psychoterapii dzieci i młodzieży (od stycznia 2019). Uruchomiono konkursy na projekty szkoleniowe dla kadr pracujących w nowym modelu leczenia dzieci i młodzieży w psychiatrii. Dofinansowanie otrzymało sześć akredytowanych ośrodków (potencjalnych ośrodków III poziomu referencyjnego).

Wypracowanie rozwiązań prawnych przygotowujących wdrożenie nowego modelu trwało przez cały 2019 rok. W szczególności zmiany wymagały rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (ostatni raz Realizacja programu kształcenia z wykorzystaniem środków unijnych: aktualizowane 31 marca 2023 roku) oraz rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ostatni raz aktualizowane 16 maja 2022 roku), zarządzenia Prezesa NFZ (ostatni raz aktualizowane 1 stycznia 2024 roku) wprowadzające nowy model także finansowania związany z opieką środowiskową.

05 Sytuacja demograficzna w krajach Unii Europejskiej

Analiza przedstawionych statystyk dotyczących zmian liczby niepełnoletnich w krajach Unii Europejskiej w latach 2005–2023 ujawnia istotne trendy demograficzne. Ogólnie rzecz biorąc, w UE27 zaobserwowano spadek liczby ludności zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, odpowiednio o 5,42% i 5,10%. Ten ogólny spadek może być wynikiem niskiego wskaźnika urodzeń, starzenia się społeczeństw oraz migracji zewnętrznej.

Niektóre kraje odnotowały znaczący spadek liczby ludności. Wśród nich Litwa, gdzie liczba kobiet zmniejszyła się o 29,99%, a mężczyzn o 29,95%. Podobnie Rumunia, Chorwacja i Łotwa zanotowały spadki populacji powyżej 18% w obu grupach płciowych. Przyczynami takich trendów mogą być masowa emigracja zarobkowa, niski wskaźnik urodzeń oraz starzenie się społeczeństwa. Polska również doświadczyła znaczącego spadku liczby kobiet o 16,66% i mężczyzn o 16,34%, co wskazuje na podobne wyzwania demograficzne.

Tabela 2. Liczba mieszkańców oraz zmiana populacji poniżej 18 rż. w krajach członkowskich

	2005		2023		Zmiana	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
European Union	41 646 546	43 813 518	39 389 243	41 577 196	-5,42%	-5,10%
Belgium	1 060 603	1 109 330	1 145 083	1 201 449	7,97%	8,30%
Bulgaria	660 986	698 145	534 391	565 305	-19,15%	-19,03%
Czechia	929 628	978 988	1 022 035	1 073 454	9,94%	9,65%
Denmark	587 359	618 130	562 972	592 866	-4,15%	-4,09%
Germany	7 220 267	7 608 568	6 923 379	7 328 344	-4,11%	-3,68%
Estonia	131 860	139 900	131 038	138 073	-0,62%	-1,31%
Ireland	499 391	525 236	601 810	629 604	20,51%	19,87%
Greece	990 603	1 039 465	832 212	883 569	-15,99%	-15,00%
Spain	3 701 976	3 914 198	3 920 010	4 158 174	5,89%	6,23%
France	6 931 272	7 269 022	7 006 610	7 357 652	1,09%	1,22%
Croatia	410 369	431 054	323 077	340 980	-21,27%	-20,90%
Italy	4 813 600	5 089 561	4 403 545	4 672 168	-8,52%	-8,20%
Cyprus	87 605	92 530	86 032	90 806	-1,80%	-1,86%
Latvia	217 473	227 295	175 311	186 073	-19,39%	-18,14%
Lithuania	354 469	371 864	248 158	260 508	-29,99%	-29,95%
Luxembourg	49 609	52 300	61 190	64 189	23,34%	22,73%
Hungary	951 124	999 293	819 542	866 336	-13,83%	-13,31%
Malta	42 983	45 320	39 467	42 496	-8,18%	-6,23%
Netherlands	1 756 846	1 840 745	1 615 150	1 697 952	-8,07%	-7,76%
Austria	786 292	827 784	766 545	811 787	-2,51%	-1,93%
Poland	3 944 244	4 142 823	3 287 191	3 465 713	-16,66%	-16,34%
Portugal	984 520	1 039 481	816 704	856 234	-17,05%	-17,63%
Romania	2 318 879	2 430 973	1 812 380	1 915 337	-21,84%	-21,21%
Slovenia	175 600	185 541	183 640	194 934	4,58%	5,06%
Slovakia	567 316	594 571	504 485	529 502	-11,08%	-10,94%
Finland	541 182	564 586	501 662	524 530	-7,30%	-7,09%
Sweden	944 269	994 884	1 065 624	1 129 161	12,85%	13,50%

Źródło: Dane Eurostatu, opracowanie własne. https://doi.org/10.2908/DEMO_PJAN

Z drugiej strony, niektóre kraje odnotowały wzrost liczby ludności. Luksemburg zanotował największy wzrost liczby kobiet o 23,34% i mężczyzn o 22,73%. Irlandia i Szwecja również wykazały znaczące wzrosty populacji, odpowiednio o ponad 12% i 19% w obu grupach płciowych. Wzrost ten może być spowodowany atrakcyjnymi warunkami ekonomicznymi, wyższym wskaźnikiem urodzeń, imigracją oraz skuteczną polityką migracyjną i prorodzinną. Kraje takie jak Francja, Austria i Estonia odnotowały niewielkie zmiany w liczbie ludności. Francja zanotowała minimalny wzrost liczby kobiet o 1,09% i mężczyzn o 1,22%, co sugeruje stabilność demograficzną. Austria i Estonia doświadczyły niewielkiego spadku populacji, co może wynikać z równowagi między wskaźnikiem urodzeń a migracją. Porównując zmiany między płciami, w większości krajów procentowe zmiany są zbliżone dla kobiet i mężczyzn, co wskazuje, że ogólne trendy demograficzne wpływają podobnie na obie grupy. Niewielkie różnice mogą być efektem specyficznych wzorców migracji lub różnic w oczekiwanej długości życia.

Te zmiany demograficzne mają istotne implikacje dla gospodarki, rynku pracy i systemów opieki społecznej. Kraje z malejącą populacją mogą doświadczać niedoboru siły roboczej, wzrostu obciążenia systemów emerytalnych oraz konieczności dostosowania polityk społecznych. Spadek liczby młodych osób w społeczeństwie może prowadzić do zmniejszenia dynamiki gospodarczej i innowacyjności. Natomiast kraje z rosnącą populacją mogą stawać przed wyzwaniami związanymi z integracją imigrantów, zapewnieniem odpowiedniej infrastruktury oraz usług publicznych, takich jak edukacja i opieka zdrowotna. Przyczyny obserwowanych trendów są złożone i wielowymiarowe. Czynniki ekonomiczne, takie jak poszukiwanie lepszych warunków życia i pracy, wpływają na migracje zarówno wewnątrz Unii Europejskiej, jak i poza nią. Społeczne zmiany, w tym opóźnianie decyzji o posiadaniu dzieci i zmiany w strukturze rodzin, wpływają na wskaźniki urodzeń. Polityka migracyjna i prorodzinna poszczególnych krajów również odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu tych trendów.

06 Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

W ostatnich latach badania wskazują na rosnącą liczbę dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, co podkreśla potrzebę skutecznych interwencji oraz polityki zdrowotnej. Odsetek populacji niepełnoletnich, którzy spełniają kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych wymagających interwencji waha się od 10% do 20% (Barricán i in., 2022; Dalsgaard i in., 2020; Kieling i in., 2024; Polanczyk i in.; 2015; UNICEF, 2021).

Wiele dzieci może doświadczać objawów subklinicznych, które również wymagają uwagi, a niekiedy objawy tych problemów spełniają kategorie opisane w ICD-10(11) czy DSM-5. Ponadto, istnieje wiele dowodów naukowych na to, że trudne doświadczenia z dzieciństwa (*childhood adversity*), tj.

- przemoc emocjonalna, fizyczna i seksualna;
- przemoc domowa ze strony partnera (przemoc domowa), nadużywanie substancji psychoaktywnych w domu,
- choroby psychiczne w rodzinie (choroba psychiczna matki, choroba psychiczna ojca i choroba psychiczna rodzeństwa),
- utrata rodzica (śmierć rodzica, separacja lub rozwód) lub uwięzienie rodzica; oraz zaniedbanie emocjonalne lub fizyczne

są powiązane – w większym lub mniejszym stopniu – z występowaniem zaburzeń psychicznych w okresie dorosłym (Hogg i in., 2023; McKay i in., 2021, 2022, Morgan i in., 2020).

Oprócz trudnych doświadczeń z dzieciństwa, wśród młodzieży obserwuje się rosnące poczucie samotności (Cosma i in., 2023). Odsetek młodzieży odczuwającej samotność w krajach UE może wynosić od 12% do 20% w grupie chłopców oraz od 20% do 28% w grupie dziewcząt w wieku 11–15 lat. Samotność nie jest jednakowo odczuwana we wszystkich grupach wiekowych – jej wyraźny wzrost zaobserwowano szczególnie u 15-latków. Ponadto występują istotne różnice regionalne, a najwyższe wskaźniki samotności wśród dziewcząt odnotowano w Belgii, Finlandii i Niemczech (Cosma i in., 2023).

Polskie badania EZOP II (Moskalewicz i Wciórka, 2021) wskazują że około 20% dzieci i młodzieży może doświadczać różnych form zaburzeń psychicznych, co jest zgodne z globalnymi trendami. W ostatnich latach, zwłaszcza w kontekście pandemii COVID-19, liczba młodych ludzi potrzebujących wsparcia psychicznego mogła wzrosnąć z powodu zwiększonego poziomu stresu, lęku i depresji wynikających z izolacji społecznej, zmian w edukacji oraz niepewności dotyczącej przyszłości.

Wyzwaniem dla organizacji usług publicznych są potrzeby zdrowotne oraz trendy demograficzne. Projektując zmiany czy rozwój systemów opieki zdrowotnej konieczne jest określenie potrzeb populacyjnych. Na podstawie danych dostępnych w Eurostat oszacowano liczbę dzieci i młodzieży, która będzie potrzebować profesjonalnego wsparcia na którymś etapie swojego życia. Tabela 2 prezentuje oszacowanie dla 10% i 20% populacji poniżej 18 r.ż.

Tabela 3. Szacowana liczba populacji poniżej 18 r.ż. w 2023 roku, która może potrzebować wsparcia w ramach usług publicznych w krajach UE

Kraj	Chłopcy	Dziewczynki	10%	20%
UE (27)	39 613 095	37 522 864	7 713 596	15 427 192
Belgium	1 142 899	1 089 102	223 200	446 400
Bulgaria	536 425	506 745	104 317	208 634
Czechia	1 021 133	972 437	199 357	398 714
Denmark	562 595	534 503	109 710	219 420
Germany	6 949 790	6 564 153	1 351 394	2 702 789
Estonia	131 985	125 309	25 729	51 459
Ireland	601 803	573 872	117 568	235 135
Greece	843 953	795 141	163 909	327 819
Spain	3 988 374	3 759 842	774 822	1 549 643
France	7 010 312	6 673 966	1 368 428	2 736 856
Croatia	323 727	306 394	63 012	126 024
Italy	4 469 082	4 212 711	868 179	1 736 359
Cyprus	85 600	81 126	16 673	33 345
Latvia	178 005	167 591	34 560	69 119
Lithuania	249 075	237 119	48 619	97 239
Luxembourg	60 911	57 992	11 890	23 781
Hungary	820 377	776 030	159 641	319 281
Malta	40 299	37 338	7 764	15 527
Netherlands	1 612 208	1 533 265	314 547	629 095
Austria	769 946	727 082	149 703	299 406
Poland	3 312 213	3 141 153	645 337	1 290 673
Portugal	813 201	775 904	158 911	317 821
Romania	1 824 405	1 726 215	355 062	710 124
Slovenia	185 911	175 079	36 099	72 198
Slovakia	502 246	478 598	98 084	196 169
Finland	501 554	479 664	98 122	196 244
Sweden	1 075 066	1 014 533	208 960	417 920

Źródło danych: https://doi.org/10.2908/DEMO_PJAN, opracowanie własne

Ponadto, rozwiązania systemowe lub programy wsparcia muszą uwzględniać różnice płciowe oraz wiekowe, np. uwzględniając problemy i potrzeby dzieci małych (do 7 r.ż.). W przypadku różnic płciowych zauważa się, że dziewczęta systematycznie zgłaszały gorsze zdrowie psychiczne niż chłopcy we wszystkich wskaźnikach uwzględnionych w badaniu WHO i HSBC (Cosma i in., 2023). W wieku 15 lat dwukrotnie więcej dziewcząt niż chłopców zgłaszało występowanie licznych dolegliwości zdrowotnych. Tabela poniżej przedstawia wagę poszczególnych zaburzeń psychicznych w grupie kobiet i mężczyzn w podziale na wiek ze względu na liczbę lat życia w niepełnosprawności (YLD) oraz w latach życia skorygowanych o niepełnosprawność (DALY) w badaniu GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022).

Tabela 4. Rankingi YLD i DALY dla zaburzeń psychicznych u mężczyzn i kobiet według grup wiekowych w 2019 roku

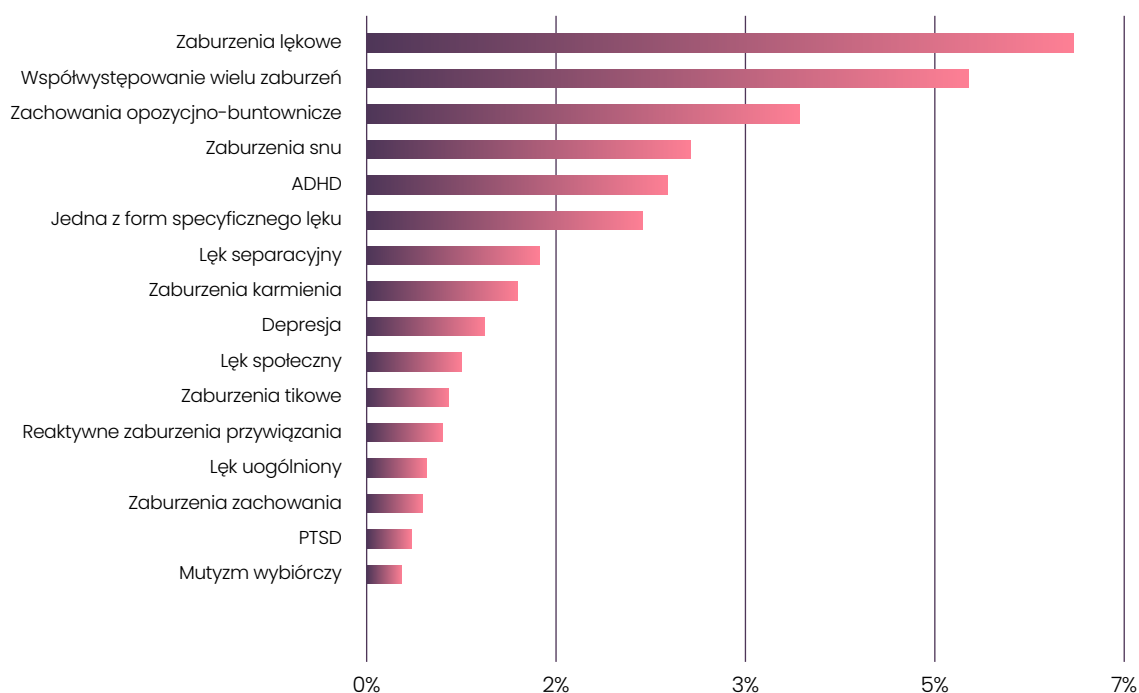
0 – 14 lat		15 – 24 lata	
Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
3/20 Zaburzenia zachowania	4/21 Zaburzenia lękowe	2/5 Zaburzenia depresyjne	2/2 Zaburzenia depresyjne
10/33 Zaburzenia lękowe	10/29 Zaburzenia zachowania	4/9 Zaburzenia lękowe	4/5 Zaburzenia lękowe
15/40 Autyzm	19/45 Zaburzenia depresyjne	9/29 Zaburzenia zachowania	13/25 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
18/51 Niepełnosprawność intelektualna	20/50 Niepełnosprawność intelektualna	12/32 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	18/35 Zaburzenia odżywiania
29/66 Zaburzenia depresyjne	35/73 Autyzm	15/39 Schizofrenia	23/39 Schizofrenia
35/75 ADHD	51/96 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	22/44 Autyzm	26/47 Zaburzenia zachowania
53/97 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	56/99 ADHD	27/51 Niepełnosprawność intelektualna	28/48 Niepełnosprawność intelektualna
67/105 Zaburzenia odżywiania	60/101 Zaburzenia odżywiania	28/54 Inne zaburzenia	45/64 Inne zaburzenia
87/119 Schizofrenia	91/122 Schizofrenia	35/63 Zaburzenia odżywiania	54/79 Autyzm
89/122 Inne	94/129 Inne	46/75 ADHD	68/99 ADHD

Adnotacje: Tabela przedstawia rankingi YLD i DALY dla każdego zaburzenia psychicznego klasyfikowanego wśród wszystkich przyczyn poziomu 3 w badaniu GBD (2020). Zaburzenia są uporządkowane od najwyższego do najniższego rankingu dla dwóch grup wiekowych. DALY: lata życia skorygowane niepełnosprawnością; YLD: lata życia z niepełnosprawnością.

Istnieje niewielka liczba metaanaliz epidemiologicznych dotyczących małych dzieci, tj. do siódmego roku życia. Niemniej, ryzyko wystąpienia zaburzeń w tej grupie wiekowej jest niższe niż u młodzieży. Dalsgaard i in. (2020) podają, że wynosi ono 2.13%, przy czym jest wyższe dla chłopców (2.78%) niż dziewczynek (1.45%). Grupa ta wymaga szczególnej uwagi, ponieważ jest ściśle powiązana z kondycją psychofizyczną rodziców/opiekunów prawnych, np. ich zdolnością do samoregulacji emocji. Zaburzenia relacji rodzic-dziecko stanowią kluczowy mediator ryzyka psychospołecznego młodszych dzieci. Niektóre z czynników można zidentyfikować jeszcze przed lub tuż po narodzinach dziecka, np. niechciana ciąża lub depresja poporodowa w trakcie pierwszych miesięcy od narodzin (Cantwell, 2021); negatywne oczekiwania lub uczucia wobec dziecka (Skovgaard, 2010).

Podczas gdy Polanczyk i in. (2015) przeanalizowali i zsyntetyzowali wskaźniki rozpowszechnienia na podstawie 198 badań dotyczących starszych dzieci i młodzieży, to Vasileva i in (2020) wyodrębniła tylko dziesięć badań z próbami dzieci młodszych, tj. poniżej siedmiu lat. Potrzebne są dalsze badania, aby dokładniej oszacować wskaźniki rozpowszechnienia w każdym etapie rozwoju (niemowlęta, małe dzieci, przedszkolaki) i zidentyfikować potencjalne źródła zmienności.

Rysunek 2. Populacja dzieci do lat 7, które doświadczają zaburzeń psychicznych



Częstość występowania problemów różnej natury wśród dzieci w wieku 0–3 lat waha się od 7% do 24% z najczęstszymi problemami obejmującymi zaburzenia lękowe, zaburzenia przywiązania oraz problemy w regulacji emocji. W wyjaśnianiu tych zaburzeń istotną rolę odgrywają czynniki biologiczne – w zaburzeniach neurorozwojowych są one istotniejsze – oraz psychospołeczne – silniej są powiązane z zaburzeniami emocjonalnymi i behawioralnymi u młodszych dzieci.

Tabela 5. Szacowana liczba populacji poniżej 7 r.ż. w 2023 roku, która może potrzebować wsparcia w ramach usług publicznych w krajach UE

Kraj	Chłopcy	Dziewczynki	10%	20%
UE (27)	17 413 722	16 532 171	3 394 589	6 789 179
Belgium	499 965	478 767	97 873	195 746
Bulgaria	240 423	228 000	46 842	93 685
Czechia	469 380	447 382	91 676	183 352
Denmark	255 894	242 173	49 807	99 613
Germany	3 322 406	3 151 785	647 419	1 294 838
Estonia	58 919	55 756	11 468	22 935
Ireland	253 533	243 500	49 703	99 407
Greece	347 509	327 849	67 536	135 072
Spain	1 590 093	1 503 172	309 327	618 653
France	2 991 847	2 857 813	584 966	1 169 932
Croatia	143 716	136 579	28 030	56 059
Italy	1 812 770	1 714 082	352 685	705 370
Cyprus	40 094	38 265	7 836	15 672
Latvia	80 919	75 488	15 641	31 281
Lithuania	112 363	106 463	21 883	43 765
Luxembourg	28 068	27 103	5 517	11 034
Hungary	384 534	363 276	74 781	149 562
Malta	18 902	17 700	3 660	7 320
Netherlands	718 370	684 048	140 242	280 484
Austria	361 514	342 045	70 356	140 712
Poland	1 498 185	1 420 108	291 829	583 659
Portugal	356 625	338 635	69 526	139 052
Romania	812 661	769 451	158 211	316 422
Slovenia	81 973	77 042	15 902	31 803
Slovakia	239 690	228 372	46 806	93 612
Finland	206 104	197 119	40 322	80 645
Sweden	487 265	460 198	94 746	189 493

Źródło: Dane Eurostatu, opracowanie własne. https://doi.org/10.2908/DEMO_PJAN

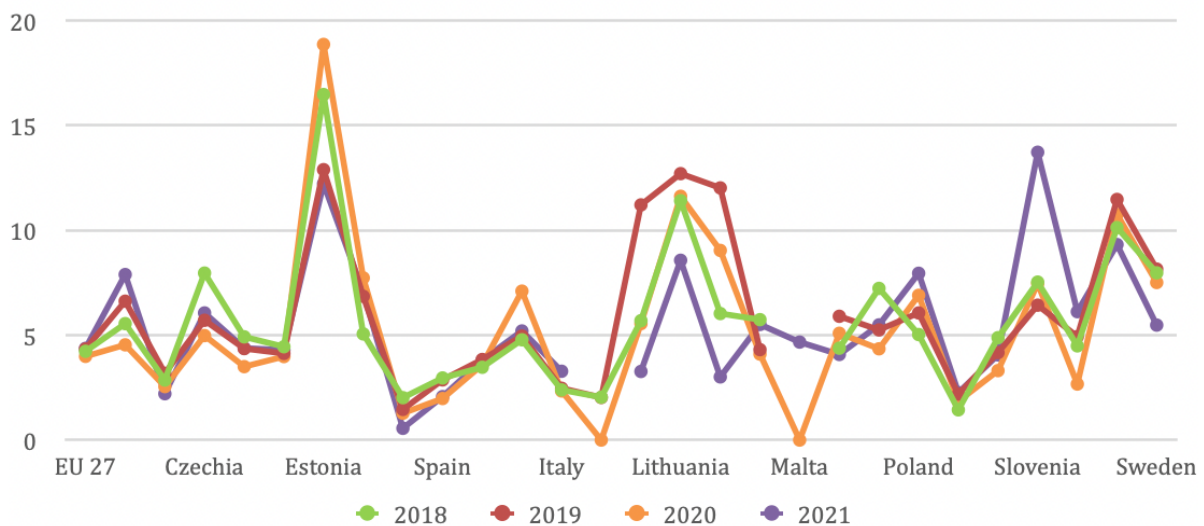
W kontekście epidemiologii zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży w krajach Unii Europejskiej, klasyfikacja ICD-10 dostarcza istotnych informacji na temat najczęściej występujących problemów. W krajach członkowskich można oszacować epidemiologię na podstawie dostępnych danych. Poniżej przedstawiono występowanie poszczególnych grup zaburzeń na podstawie badań epidemiologicznych.

- Zaburzenia lękowe. Obejmują one zaburzenia lękowe uogólnione, fobie oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Częstość występowania tych zaburzeń wśród dzieci i młodzieży waha się od 5% (Barican i in., 2022) do 7% (Polanczyk et al., 2015). Warto podkreślić, że w leczeniu tych problemów wsparcie rodzinne jest kluczowe w procesie terapeutycznym, a tradycyjne modele terapii często pomijają te interwencje (Lelek i Adamczyk-Banach, 2021).
- Zaburzenia afektywne. W tej kategorii znajdują się zaburzenia, takie jak depresja oraz zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Badania wskazują, że depresja dotyka około 1,3% (Barican i in., 2022; Spoelma i in., 2023) do 5% (Polanczyk i in., 2015) dzieci i młodzieży. Zgodnie z badaniami, depresja wśród dzieci i młodzieży w UE występuje z różną częstotliwością. Wiąże się to także z różnymi czynnikami ryzyka, takimi jak niskie wykształcenie rodziców, przemoc w rodzinie oraz problemy socjoekonomiczne (Kyu i in., 2016).
- Zaburzenia zachowania. W tej grupie znajdują się zaburzenia związane z kontrolą impulsów, w tym zaburzenia opozycyjno-buntownicze, hiperkinetyczne, takie jak ADHD. W populacji niepełnoletniej występują one u 3,7% (Barican i in., 2022) do 5% dzieci (Polanczyk i in., 2015).
- Uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W tej grupie znajdują się uzależnienia od różnego rodzaju substancji. Wg danych epidemiologicznych z tymi problemami mierzy się około 2,3% (Barican i in., 2022). Jak wskazuje (Polanczyk i in., 2015) często uzależnienie współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi.
- Zaburzenia ze spektrum autyzmu. W tej kategorii znajdują się zaburzenia takie jak Zespół Aspergera, które są coraz częściej diagnozowane. Szacuje się, że ASD występuje u około 1% (Chiarotti i Venerosi, 2020) do 2% (Polanczyk i in., 2015) populacji dziecięcej w Europie.
- Zaburzenia odżywiania. Obejmują one takie zaburzenia jak anoreksja i bulimia oraz napadowe objadanie się. Zaburzenia odżywiania występują u około 10% młodzieży (Silén i in., 2020; Silén i Keski-Rahkonen, 2022), przy czym prawie sześć razy częściej dotyczą one nastolatek niż nastolatków (Silén i Keski-Rahkonen, 2022). W niektórych krajach, np. w Holandii obserwuje się coraz większą zapadalność na anoreksję wśród nastolatek, przy czym w ponad 70% przypadków ma ona kontekst systemowy (rodzina, rówieśnicy, media społecznościowe; van Eeden, i in., 2023). Nie obserwuje się takiej tendencji w pozostałych zaburzeniach odżywiania. W badaniach zauważono wzrost przypadków zaburzeń odżywiania wśród młodzieży, szczególnie w okresie pandemii COVID-19 (Polanczyk et al., 2015).
- Zaburzenia związane z traumą i stresem. Obejmuje to zespół stresu pourazowego, który może występować u dzieci doświadczających traumatycznych wydarzeń. Metaanalizy szacują, że 1 na 6 dzieci narażonych na traumę, a nawet 1 na 4 dzieci narażonych na traumę interpersonalną rozwinię PTSD (Alisic, i in., 2014; Sloan, i in., 2023). W badaniach wskazano, że od 8% chłopców do 32% dziewczynek może być narażonych na różny rodzaj traumy (Alisic i in., 2014).

Różnice między krajami UE są zauważalne i mogą wynikać z czynników społeczno-ekonomicznych, dostępności opieki zdrowotnej oraz różnic kulturowych. Wg Cosmy i in (2023) średni poziom satysfakcji z życia młodzieży różni się znacząco między krajami. Najwyższe wskaźniki odnotowano w Albanii (średnia 9,2 na 10 dla 11-latków), a najniższe w Słowacji (6,0 dla 15-latków).

Analiza danych dotyczących wskaźników samobójstw w krajach Unii Europejskiej w latach 2018–2021 ujawnia zróżnicowane trendy zarówno na poziomie ogólnounijnym, jak i w poszczególnych państwach członkowskich. W skali UE27 wskaźnik samobójstw pozostawał stosunkowo stabilny, oscylując między 3,99 a 4,37 wśród młodzieży w wieku 15 – 19 lat na 100 000 mieszkańców. Najniższą wartość odnotowano w 2020 roku (3,99), a najwyższą w 2021 roku (4,37), co może sugerować niewielki wzrost w ostatnim roku analizowanego okresu.

Rysunek 3. Liczba prób samobójczych zakończonych zgonem wśród dzieci i młodzieży w wieku 15–19 lat na 100.000 mieszkańców



Adnotacje. Ten wskaźnik jest definiowany jako surowy współczynnik zgonów z powodu samobójstwa i celowego samouszkodzenia na 100 000 osób, według grup wiekowych. Dane te należy interpretować ostrożnie, ponieważ metody rejestracji samobójstw różnią się między krajami i w czasie. Ponadto dane nie obejmują zgonów z powodu zdarzeń o nieokreślonym zamiarze (z których część powinna być traktowana jako samobójstwa) oraz prób samobójczych, które nie zakończyły się śmiercią.

Źródło: Dane Eurostatu, opracowanie własne. <https://doi.org/10.2908/TPS00202>

Z perspektywy zdrowia publicznego, na poziomie unijnym obserwuje się znaczące różnice między krajami oraz dynamiczne zmiany w niektórych z nich. Wysokie wskaźniki samobójstw są poważnym problemem wpływającym na jakość życia społeczności i obciążającym systemy opieki zdrowotnej. Wśród krajów o najwyższych wskaźnikach samobójstw wyróżniają się Estonia, Litwa i Finlandia. Estonia zanotowała znaczne wahania, z najwyższym wskaźnikiem w 2020 roku (18,86). Tak wysokie wskaźniki mogą wskazywać na istnienie istotnych problemów zdrowia psychicznego wśród młodzieży, potencjalnie wynikających z czynników takich jak stres społeczno-ekonomiczny, ograniczony dostęp do opieki psychiatrycznej czy kulturowe bariery w poszukiwaniu pomocy. Litwa, mimo tradycyjnie wysokich wskaźników samobójstw, wykazała tendencję spadkową, obniżając się z 12,70 w 2019 roku do 8,57 w 2021 roku. Finlandia odnotowała spadek wskaźnika z 11,47 w 2019 roku do 9,32 w 2021 roku po wcześniejszym wzroście. Jako kraj z dobrze rozwiniętym systemem opieki zdrowotnej, Finlandia może służyć jako przykład skutecznego wdrażania strategii prewencji samobójstw, w tym wczesnej interwencji, szkoleń dla personelu medycznego i szerokiego dostępu do usług wsparcia psychicznego.

Sytuacja w Słowenii budzi niepokój. Po relatywnie stabilnych latach nastąpił gwałtowny wzrost wskaźnika samobójstw w 2021 roku do 13,72. Takie nagłe zmiany mogą wskazywać na kryzysy społeczno-ekonomiczne, zwiększone obciążenie zdrowia psychicznego populacji lub niewydolność systemu ochrony zdrowia lub programów profilaktycznych. Konieczne jest przeprowadzenie szczegółowych badań w celu zidentyfikowania przyczyn i opracowania skutecznych interwencji. Polska wykazała stały wzrost wskaźnika samobójstw, z 5,03 w 2018 roku do 7,95 w 2021 roku. Z perspektywy zdrowia publicznego, taki trend sugeruje potrzebę intensyfikacji działań prewencyjnych, w tym poprawy dostępu do opieki psychologicznej, edukacji na temat zdrowia psychicznego oraz redukcji stygmatyzacji związanej z poszukiwaniem pomocy.

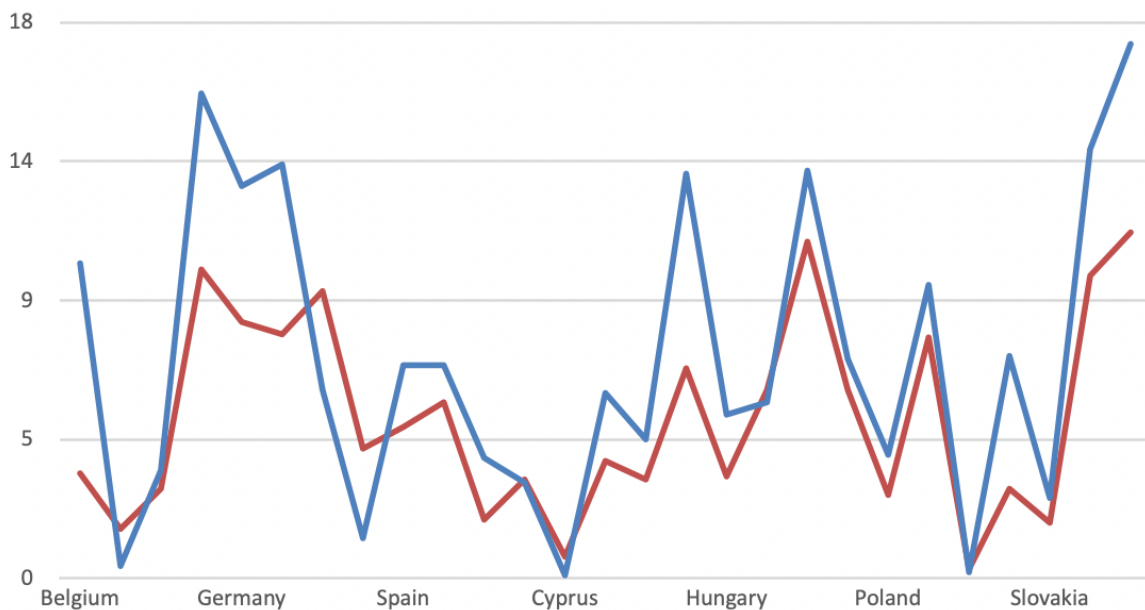
Kraje południowej Europy, takie jak Grecja, Hiszpania i Portugalia, utrzymują najniższe wskaźniki samobójstw w UE. Grecja zanotowała spadek z 2,02 w 2018 roku do zaledwie 0,56 w 2021 roku. Niskie wskaźniki w tych krajach mogą być związane z czynnikami kulturowymi, silnymi więziami społecznymi oraz skutecznymi programami wsparcia społecznego. Jednakże, nawet przy niskich wskaźnikach, samobójstwa pozostają istotnym problemem zdrowia publicznego wymagającym ciągłej uwagi.

Niektóre kraje doświadczyły znaczących wahań wskaźników samobójstw. Belgia zanotowała wzrost z 4,54 w 2020 roku do 7,89 w 2021 roku po wcześniejszym spadku, co może wskazywać na wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne obywateli. Wahania w krajach takich jak Łotwa i Luksemburg sugerują potrzebę ciągłego monitorowania sytuacji oraz elastyczności w dostosowywaniu strategii zdrowia publicznego. Wpływ pandemii COVID-19 na wskaźniki samobójstw jest złożony i zróżnicowany między krajami.

W niektórych państwach, jak Słowenia i Polska, wzrost wskaźników w 2021 roku może być związany z negatywnymi skutkami pandemii, takimi jak izolacja społeczna, stres ekonomiczny, niepewność oraz ograniczony dostęp do usług zdrowotnych. W innych krajach, takich jak Grecja i Litwa, mimo globalnego kryzysu zdrowotnego, odnotowano spadek wskaźników samobójstw, co może wynikać z efektywnych interwencji zdrowia publicznego lub różnic kulturowych (np. rola rodziny i społeczności lokalnej) w sposobach radzenia sobie z kryzysem.

Dane te podkreślają konieczność wzmacniania systemów opieki zdrowotnej, szczególnie w zakresie zdrowia psychicznego. Istotne jest inwestowanie w programy prewencji samobójstw, które obejmują edukację społeczeństwa, szkolenia dla pracowników służby zdrowia, zwiększenie dostępności usług wsparcia oraz eliminację stygmatyzacji związanej z problemami psychicznymi. Ponadto, ważne jest prowadzenie badań naukowych w celu zrozumienia specyficznych czynników ryzyka w poszczególnych krajach i społecznościach. Uwzględnienie uwarunkowań kulturowych, ekonomicznych i społecznych jest kluczowe dla opracowania skutecznych strategii interwencji.

Rysunek 4. Odsetek młodzieży w wieku 15–24 lata, która zgłosiła choć jedną konsultację z psychologiem lub psychoterapeutą w 2019 roku



Źródło danych: https://doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_AM6D, opracowanie własne

Średnia unijna odsetka młodzieży w wieku 15–24 lata, które zgłosiły co najmniej jedną konsultację z psychologiem lub psychoterapeutą wzrasta – od 5,4% w 2014 do 7,5% w 2019 roku. Najwyższy wzrost odnotowano w krajach takich jak Szwecja, Niemcy oraz Belgia, gdzie różnice między latami 2014 i 2019 były bardzo wyraźne. W Szwecji odsetek ten w 2019 roku wynosił aż 18%, co czyniło ten kraj liderem pod względem liczby młodych ludzi korzystających z pomocy specjalistycznej. Natomiast w niektórych krajach, takich jak Bułgaria i Rumunia, odsetek konsultacji pozostał na stosunkowo niskim poziomie. Może to wynikać z ograniczonego dostępu do specjalistycznych usług, większej stygmatyzacji związanej z problemami psychicznymi lub niskiej świadomości społecznej dotyczącej zdrowia psychicznego.

07 Hospitalizacje dzieci i młodzieży z powodu zaburzeń psychicznych

W wielu krajach obserwuje się ogólny spadek liczby wypisów ze szpitali w młodszych grupach wiekowych na przestrzeni analizowanych lat. Na przykład w Belgii liczba wypisów dla dzieci poniżej 1 roku życia zmniejszyła się z 163,6 w 2011 roku do 60,7 w 2021 roku na 100.000 mieszkańców. Podobny trend występuje w Czechach, gdzie w grupie 5–9 lat liczba wypisów spadła z 342,2 do 153,0. W Niemczech również zanotowano spadek w najmłodszej grupie wiekowej z 146,0 do 70,8. W przeciwieństwie do tego, w niektórych krajach nastąpił wzrost liczby wypisów w starszych grupach wiekowych. W Czechach liczba wypisów w grupie 15–19 lat wzrosła z 828,3 w 2011 roku do 1 055,1 w 2021 roku. W Finlandii zaobserwowano znaczący wzrost w tej samej grupie wiekowej z 1 106,0 do 1 621,4. Niemcy również odnotowały wzrost z 1 517,0 do 1 852,0.

Istnieją wyraźne różnice między krajami. Kraje takie jak Niemcy, Austria i Finlandia mają wyższe wskaźniki wypisów w starszych grupach wiekowych, podczas gdy Irlandia, Cypr i Holandia wykazują niższe wskaźniki w większości grup. Na przykład w Austrii liczba wypisów w grupie 15–19 lat wzrosła z 1 480,2 w 2011 roku do 1 769,8 w 2021 roku, podczas gdy w Holandii wynosiła tylko 67,3 w 2021 roku.

Tabela 6. Wskaźnik leczenia szpitalnego psychiatrycznego na 100.000 mieszkańców wśród dzieci i młodzieży poniżej 19 r.ż.

WIEK	Poniżej 1 r.ż.			Od 1 do 4 r.ż.			Od 5 do 9 r.ż.			Od 10 do 14 r.ż.			Od 15 do 19 r.ż.		
	2011	2016	2021	2011	2016	2021	2011	2016	2021	2011	2016	2021	2011	2016	2021
Belgium	163,6	:	60,7	129,2	:	52,7	108,2	:	52,4	148	:	138,9	212,6	:	234,2
Czechia	86,9	89,6	85,2	169,4	132,5	98,9	342,2	252,3	153	634,9	630,5	515,5	828,3	977,2	1055,1
Denmark	131,7	82,9	:	29,5	28,4	:	56,4	43,6	:	200,2	199,1	:	726,1	907,9	:
Germany	146	98,8	70,8	221,2	195,9	202,3	553	565,4	513,1	923,6	1045,7	1052,9	1517	1887,9	1852
Estonia	13,1	:	:	228,2	:	:	584,3	:	:	973	:	:	819,5	:	:
Ireland	8,2	4,8	17,2	9,7	13,8	16,3	16	16,3	25,6	61,6	92,4	150,9	79,5	111,7	173,5
Spain	29,7	19,1	11,9	15,4	10,5	16,5	15,3	13,2	13,3	85,1	97,4	154,2	202,9	248,9	334,7
France	58,4	102,6	67,5	22,2	24,9	26,2	39,8	144,4	140,7	220,4	567,6	625,8	337,1	1113,8	1313,2
Croatia	40,4	0	5,6	89,1	50,3	37,7	118,5	104,3	77	277,6	226	314,5	465,7	526	639,2
Italy	99,5	103,9	111,7	110,8	140	113,4	103,9	83,7	75,7	127,2	123,9	154,5	200,6	252,4	334,4
Cyprus	0	10,8	0	10,4	29	8	6,7	2,1	14,2	10,2	94,6	85,3	7,9	95,9	114,6
Latvia	42,3	64	93,8	221,3	158,2	147,5	616,6	464,3	245,3	1190,4	948	520	1177,2	1371,5	1000,2
Lithuania	416,1	588,3	234,6	502,9	888,9	990,9	409	564,4	548,4	644,3	817	655,3	770,3	1078,1	925,6
Luxembourg	34,2	49,1	:	21,2	19,3	:	152,4	71,8	:	660,4	765,9	:	997,7	1243,3	:
Hungary	430,4	352,6	507,1	183,8	233,1	225,8	455,3	489,9	359,3	761,2	702,8	600,3	742,5	837,7	673,6
Malta	0	22	:	0	0	:	10,3	32,6	:	75,2	199,7	:	408,4	449,7	:
Netherlands	34,1	7	3,5	21,5	18,2	9,2	13,3	12,6	8,2	54,4	36,3	29	189,3	80,3	67,3
Austria	218,1	182,1	163,8	183,4	127,2	137,5	347,5	277,8	181,2	908,1	951,8	889,6	1480,2	1640,2	602,8
Poland	18,5	46,1	15,6	45,5	65,4	61	130,2	144	114,2	286,5	332,6	285,4	461,9	607,8	602,8
Portugal	25	:	10,9	9	:	7,8	11,6	:	4,9	38,6	:	49,7	105,7	:	147
Romania	:	415,5	380,3	:	539	269	:	645,8	277,3	:	737,8	336,7	:	878,4	506,2
Slovenia	81	53,7	26,1	46,6	55,9	56,4	153,8	144,3	121,6	321	375,9	489,4	641,5	609,8	1001,9
Slovakia	37,2	38,5	19	39,6	49,5	26,4	162,2	143,8	69,6	405,8	511	381,5	650,5	748,2	809,7
Finland	239,3	185,8	159,2	316,9	209,2	132,2	463,9	316,6	175,2	725,2	731,5	997,3	1106	1197,3	1621,4
Sweden	:	221	19	:	11,4	9,3	:	14,8	6,7	:	177	246	:	971	988,8

Źródło: Dane Eurostatu, opracowanie własne. https://doi.org/10.2908/HLTH_CO_DISCH2

Zmiany demograficzne między 2005 a 2023 rokiem mają znaczący wpływ na wskaźniki hospitalizacji w różnych grupach wiekowych w krajach UE. Spadki populacji w młodszych kohortach mogą częściowo wyjaśniać obserwowane zmniejszenia wskaźników hospitalizacji, podczas gdy zmiany w strukturze wiekowej i czynniki społeczne mogą przyczyniać się do wzrostu hospitalizacji wśród młodzieży w niektórych krajach. Na przykład Polska doświadczyła spadku populacji o około -16%, ma też jeden z najniższych wskaźników dzietności w krajach UE. Może się to przyczyniać do redukcji wskaźników hospitalizacji wśród dzieci i młodzieży. Dlatego podczas analizy trendów hospitalizacji istotne jest uwzględnienie danych demograficznych, aby dokładnie zrozumieć przyczyny. Ponadto, systemy opieki zdrowotnej i edukacji w krajach członkowskich nie są przygotowane na zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla dzieci i młodzieży potrzebujących pomocy w zakresie zdrowia psychicznego.

Wiele dokumentów instytucji unijnych podkreśla, że odpowiednie wsparcie dzieci i młodzieży wiąże się z procesami deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej i rozwojem wsparcia psychologicznego niepełnoletnich. Jedną z miar deinstytucjonalizacji jest średnia długość hospitalizacji. Tabela poniżej przedstawia zmianę w długości pomiędzy 2009 a 2021 rokiem dla różnych grup wiekowych.

W większości krajów długość hospitalizacji uległa zmianie w latach 2009–2021. W Czechach średnia długość hospitalizacji dla grupy wiekowej 15–19 lat wzrosła z 25,2 dnia w 2009 roku do 39,1 dnia w 2021 roku. Z kolei w Niemczech dla tej samej grupy wiekowej długość hospitalizacji nieznacznie zmniejszyła się z 27,2 dnia w 2009 roku do 27,9 dnia w 2021 roku. W niektórych krajach, takich jak Polska, czas hospitalizacji dla grupy wiekowej 20–24 lata wynosił 36,1 dnia w 2021 roku, co stanowi wzrost w porównaniu do 32,3 dnia w 2009 roku.

Można zauważyć, że w niektórych krajach długość hospitalizacji dzieci i młodzieży z powodu zaburzeń psychicznych maleje, co może świadczyć o rozwoju systemów opieki ambulatoryjnej i lepszym dostępie do leczenia poza szpitalem. Prowadzenie konsekwentnej polityki rozwoju usług środowiskowych oraz współpracy międzysektorowej w leczeniu ambulatoryjnym jest jedną z przyczyn skracania czasu hospitalizacji.

Tabela 7. Średnia długość hospitalizacji dzieci i młodzieży z powodu zaburzeń psychicznych w krajach UE w roku 2021

Kraje	2009 1 - 4 rż	2021 1 - 4 rż	2009 5 - 9 rż	2021 5 - 9 rż	2009 10 - 14 rż	2021 10 - 14 rż	2009 15 - 19 rż	2021 15 - 19 rż	2009 20 - 24 rż	2021 20 - 24 rż
Belgium	3,1	1,8	3,5	2,9	5,3	7,3	4,6	5,6	4,6	3,7
Bulgaria	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Czechia	7,3	4,6	21,9	19,6	34,7	25,2	28	22,4	39,1	34,4
Denmark	5,4	bd	17,9	bd	30,8	bd	25,2	bd	24,6	bd
Germany	14,1	13,5	28,2	25,6	30,6	29,7	23	27,2	23,7	27,9
Estonia	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Ireland	1,5	2,9	3,2	5,2	5,4	9,6	5	9	7,1	6,7
Greece	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Spain	3,8	1,8	9,7	8,1	13,3	16,4	18,3	23,4	19,7	23,7
France	3,5	4,6	4	5,1	6,4	10,8	4,6	17,1	2,8	22,8
Croatia	8,9	3,7	13,2	7	12,8	11	15,9	11,7	30	21
Italy	5,9	5,5	6,3	5,6	8,9	12,3	12,2	14,3	12,3	12,7
Cyprus	1,7	1	6	1,6	4,3	14,5	18,3	12,9	32,2	10,7
Latvia	8,7	7,8	18,1	15,1	21,3	25,5	21,6	18,6	21,8	22,6
Lithuania	10,9	12,4	11,2	14,4	12,9	15	15	15,7	23,2	19,3
Luxembourg	4,3	bd	24,1	bd	44,2	bd	34,5	bd	29	bd
Hungary	7,8	4,1	8,9	5	8	8	11,9	13,2	23,4	25
Malta	bd	bd	bd	bd	39,6	bd	26,9	bd	19,6	bd
Netherlands	5,2	4,4	35,9	5,1	12,6	9,3	8,9	11,9	16,9	13,1
Austria	7,9	14	11,2	17,5	14	19,9	12,2	14,2	18	17,2
Poland	20	28,7	29,9	32,6	30,7	35,6	30,3	36,1	32,3	34,9
Portugal	bd	3,4	bd	10,3	bd	19,6	bd	17,5	bd	18,8
Romania	bd	6,3	bd	5,7	bd	6,6	bd	8	bd	20,5
Slovenia	2,6	1,9	5,8	8,6	12,7	13,8	18,5	14,3	41,7	23,5
Slovakia	4,8	2,7	19,6	19,8	25,2	26,7	23,2	23,4	25,9	27
Finland	5,6	3,1	19,6	17,4	34,5	18,1	35,2	15,3	34,4	23,4
Sweden	bd	3,2	bd	6,3	bd	12,2	bd	10	bd	12,2

Źródło: Dane Eurostatu, opracowanie własne. https://doi.org/10.2908/HLTH_CO_INPSTT

Dwa kraje członkowskie – Irlandia oraz Belgia – wyróżniają się w kontekście bardzo krótkiego leczenia szpitalnego dzieci i młodzieży. Irlandia wdrożyła kilka kluczowych strategii mających na celu reformę opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, takich jak "A Vision for Change" (2006)³, "Connecting for Life" (2015)⁴ oraz "Sharing the Vision" (2020)⁵. Dokument "A Vision for Change" był kompleksowym planem poprawy dostępności zintegrowanych usług psychiatrycznych oraz zwiększanie liczby specjalistów. Umożliwiło to lepsze leczenie w społecznościach lokalnych. "Connecting for Life" koncentruje się na redukcji samobójstw, szczególnie wśród młodych osób, poprzez edukację społeczną, wsparcie osób w kryzysie oraz współpracę z instytucjami edukacyjnymi.

"Sharing the Vision", opublikowany w 2020 roku, stanowi aktualizację strategii "A Vision for Change". Dokument ten kładzie nacisk na dalszy rozwój usług zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, uwzględniając nowe wyzwania społeczne i potrzeby pacjentów. Strategia ta pozwoliła na rozwój opieki skoncentrowanej na osobie, czyli podejścia uwzględniającego indywidualne potrzeby pacjentów oraz ich rodzin. Stworzyła ramy dla lepszej integracji usług zdrowia psychicznego z innymi sektorami, takimi jak edukacja i opieka społeczna, a także do stymulowała rozwój dostępności usług poprzez telemedycynę oraz wsparcie środowiskowe.

W Belgii wdrożono trzy kluczowe strategie reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Pierwszą z nich jest "Plan de Réforme de la Santé Mentale pour Enfants et Adolescents" z 2015 roku⁶, który został opracowany przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Plan ten koncentruje się na integracji usług zdrowia psychicznego z opieką podstawową oraz na wzmocnieniu współpracy między sektorem zdrowia, edukacji oraz opieki społecznej. Zakłada on stworzenie lokalnych zespołów zdrowia psychicznego, aby dzieci i młodzież mogły otrzymać pomoc blisko swojego miejsca zamieszkania.

Kolejna strategia, "Guide vers de nouveaux modèles de soins en santé mentale"⁷ z 2019 roku, przedstawia nowe modele opieki zdrowotnej, bazujące na podejściu skoncentrowanym na pacjencie, oraz promuje większą autonomię pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego zdrowia. Strategia ta również dąży do lepszej koordynacji działań między różnymi podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne i społeczne. Ostatni dokument, "Plan d'action en matière de santé mentale des enfants et des adolescents" z 2020⁸ roku, koncentruje się na poprawie jakości i dostępności usług zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. W planie uwzględniono zwiększenie liczby specjalistów, rozwój telemedycyny, a także wzmocnienie działań profilaktycznych i interwencyjnych.

³ <https://www.gov.ie/en/publication/999b0e-a-vision-for-change/>

⁴ <https://www.gov.ie/en/publication/7dfe4c-connecting-for-life-irelands-national-strategy-to-reduce-suicide-201/>

⁵ <https://www.hse.ie/eng/about/who/mentalhealth/sharing-the-vision/>

⁶ https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/guide_nouvelle_politique_sante_mentale_enfants_adolescents.pdf

⁷ https://www.psy107.be/images/20200429_-_Rapport_10_ans_de_la_R%C3%A9forme_-_VDef.pdf

⁸ Aktualizacja strategii jest dostępna: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/protocole-daccord-pour-une-meilleure-prise-en-charge-integree-des-enfants-et-jeunes-la>

Efekty realizacji tych strategii były widoczne w kilku obszarach. Po pierwsze, integracja usług zdrowia psychicznego z opieką podstawową zwiększyła dostępność wsparcia dla dzieci i młodzieży, umożliwiając im szybszy dostęp do pomocy w lokalnym otoczeniu. Stworzenie lokalnych zespołów zdrowia psychicznego pomogło skrócić czas oczekiwania na wizytę oraz zwiększyło zaangażowanie społeczności lokalnych w kwestie zdrowia psychicznego. Dzięki nowym modelom opieki, promującym podejście skoncentrowane na pacjencie, zauważono poprawę w zakresie satysfakcji pacjentów i ich rodzin, co przełożyło się na większą skuteczność terapii. Dodatkowo, rozwój telemedycyny, zapoczątkowany w ramach "Plan d'action en matière de santé mentale", umożliwił bardziej elastyczny dostęp do opieki zdrowotnej, zwłaszcza w czasie pandemii COVID-19. Ponadto, zwiększono liczbę specjalistów świadczących usługi zdrowia psychicznego, co przyczyniło się do poprawy jakości i zakresu opieki, szczególnie w przypadkach wczesnej interwencji i profilaktyki.

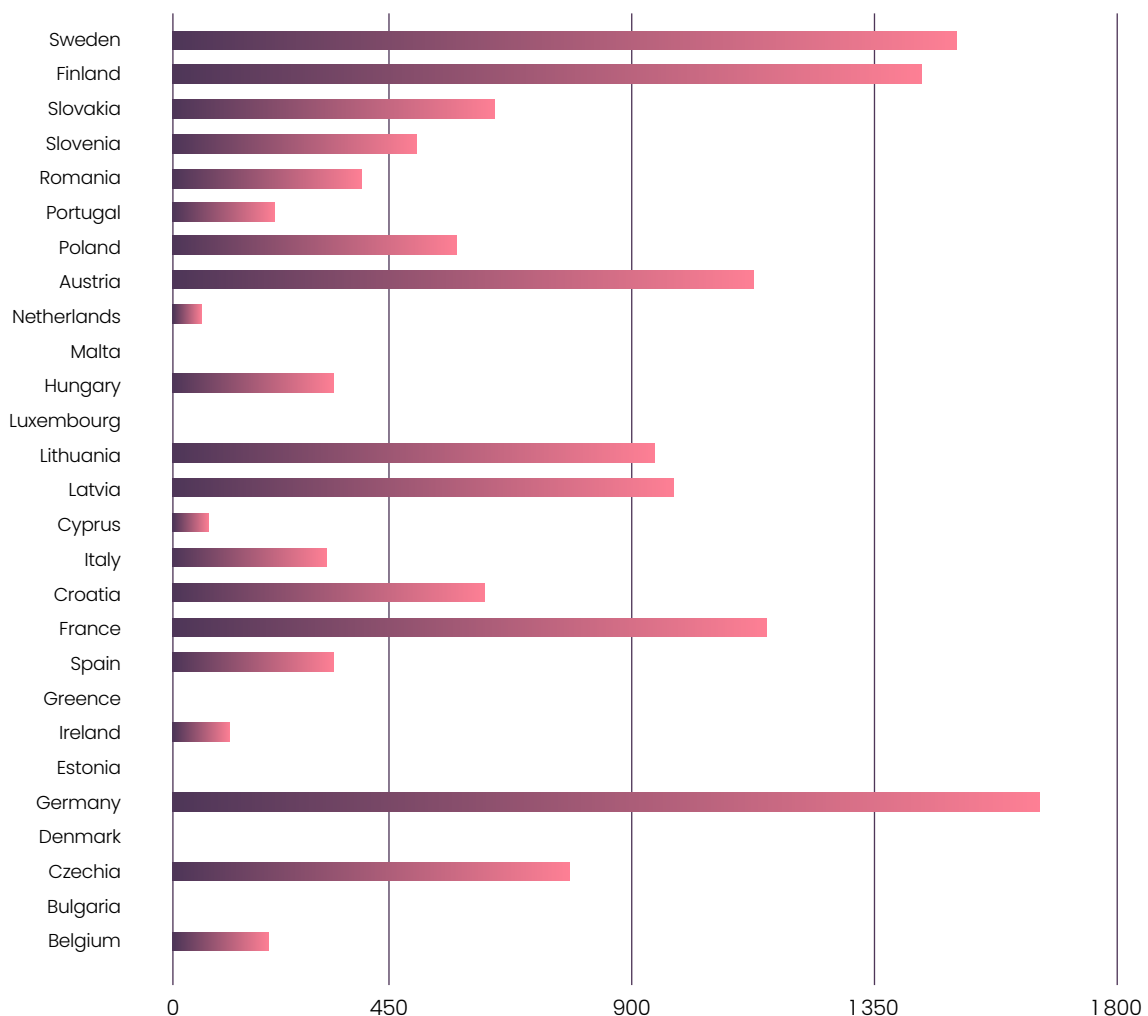
W Polsce opracowano strategiczne dokumenty, takie jak „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030”, „Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, „Strategia "Zdrowa Przyszłość" na lata 2021–2027 z perspektywą do 2030 r”. Koncentrują się one na deinstytucjonalizacji opieki, czyli przeniesieniu wsparcia z dużych instytucji do lokalnych, bardziej dostępnych form pomocy dla dzieci. Program zakłada również inwestycje w rozwój kadry specjalistycznej oraz poprawę infrastruktury, aby lepiej dostosować opiekę do potrzeb najmłodszych pacjentów. Ważnym elementem działań na rzecz poprawy zdrowia psychicznego dzieci jest edukacja zdrowotna, zarówno w szkołach, jak i poza nimi. Nauka o zdrowiu psychicznym, umiejętnościach radzenia sobie ze stresem oraz budowanie odporności psychicznej będą pomagać dzieciom lepiej funkcjonować w trudnych sytuacjach.

Dokumenty podkreślają znaczenie współpracy między różnymi sektorami, takimi jak zdrowie, edukacja i opieka społeczna, która jest kluczowa dla zapewnienia wszechstronnej opieki dzieciom. Integracja wsparcia na poziomie lokalnym, współpraca z organizacjami pozarządowymi i dostępność usług terapeutycznych, w tym zdalnych form pomocy, są elementami strategii, które zwiększają dostępność i efektywność opieki. Nowoczesne podejścia obejmują także stosowanie technologii, takich jak aplikacje mobilne wspomagające dobrostan psychiczny, które umożliwiają dzieciom korzystanie z narzędzi do radzenia sobie z emocjami na co dzień.

08 Trzecia strona leczenia dzieci i młodzieży w zdrowiu psychicznym

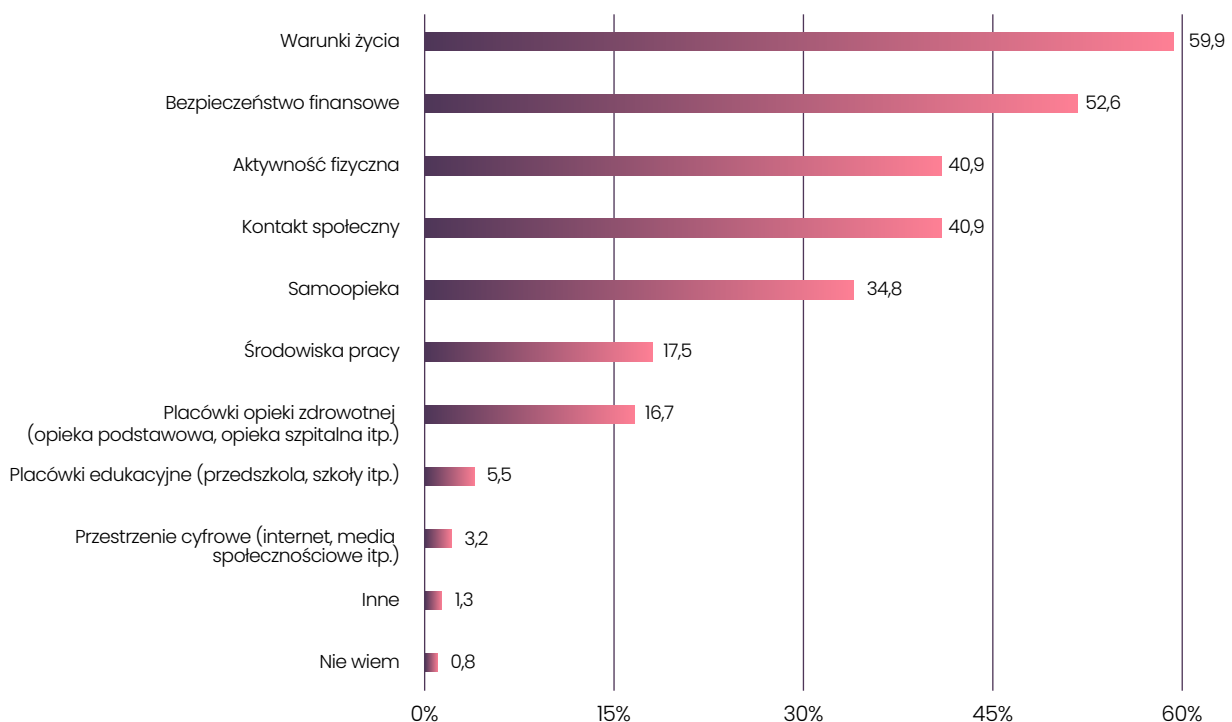
Niemniej ważne jest organizowanie wsparcia w powiązaniu z opieką dla dorosłych (rodziców/opiekunów prawnych). Badania wskazują (Plass-Christl i in., 2017), że dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi aż pięciokrotnie częściej korzystają z opieki psychiatrycznej w porównaniu do dzieci rodziców bez problemów psychicznych. Leczenie szpitalne z powodu zaburzeń psychicznych dorosłych w wieku produkcyjnym (19-65 lat) jest predyktorem wystąpienia zaburzeń psychicznych u dzieci. Liczba rodziców lub potencjalnych rodziców doświadczających najcięższych zaburzeń psychicznych wymaga leczenia szpitalnego. Pod tym względem istnieje duże zróżnicowanie w krajach UE we wskaźniku hospitalizacji z powodu chorób psychicznych. Najmniejszy wskaźnik hospitalizacji na 100.000 mieszkańców jest w Holandii (40,1) a największy w Niemczech (1.463,1).

Rysunek 5. Liczba dorosłych hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych w 2021 roku na 100.000 mieszkańców



W 2022 r. w UE stres, depresję i stany lękowe zgłaszało 27% pracowników. Z badań wynika, że co czwarty dorosły mieszkaniec Unii Europejskiej doświadcza problemów psychicznych, które wymagają wsparcia specjalistów. Wykres poniżej przedstawia czynniki wpływające na zdrowie psychiczne w krajach UE-27. Zdecydowanie najważniejszą rolę odgrywają warunki życia, które jako kluczowy czynnik wskazało 60% respondentów. Stabilne i komfortowe warunki bytowe mają znaczący wpływ na dobrostan psychiczny, co podkreśla ich fundamentalne znaczenie dla utrzymania zdrowia psychicznego. Drugim najważniejszym czynnikiem jest bezpieczeństwo finansowe, które zostało uznane za istotne przez 53% ankietowanych. Wskazuje to na kluczową rolę stabilności ekonomicznej w zapewnieniu spokoju i równowagi psychicznej.

Rysunek 6. Najważniejsze czynniki wpływające na kondycję psychofizyczną wg mieszkańców krajów członkowskich, 2023



Równie istotne są aktywność fizyczna i kontakt społeczny, które zostały wymienione przez 41% respondentów. Regularne ćwiczenia oraz interakcje z innymi ludźmi okazują się być niezbędne do utrzymania dobrego samopoczucia i zdrowia psychicznego. Samoopieka, jako czynnik wskazany przez 35% osób, podkreśla znaczenie dbania o siebie, poświęcania czasu na regenerację oraz pielęgnację własnych potrzeb i emocji.

Nadal istotne jest środowisko pracy (18%), które może wpływać na zdrowie psychiczne poprzez poziom stresu i jakość warunków pracy, oraz dostępność do placówki opieki zdrowotnej, w tym opieki psychiatrycznej (17%). Czynniki takie jak placówki edukacyjne (6%) oraz przestrzeń cyfrowa, w tym internet i media (3%), mają relatywnie mniejszy wpływ na dobrostan psychiczny wśród respondentów, co może wskazywać na ich ograniczoną rolę w codziennym wsparciu zdrowia psychicznego.

09 Czynniki warunkujące zdrowie psychiczne dzieci

Sytuacja socjoekonomiczna rodzin

Konkluzje Rady w sprawie zdrowia psychicznego (C/2023/1337) wskazują, że status socjoekonomiczny rodziny jest wyznacznikiem zdrowia psychicznego dzieci. Procent gospodarstw domowych z dziećmi, które były zagrożone ubóstwem relatywnym⁹ w 2023 roku w krajach członkowskich wahał się od 1,7% (Finlandia) do 8% (Hiszpania)¹⁰. Badania Whitsett in in. (2018) oraz Zheng i in. (2021) podkreślają, że niepewność żywnościowa w gospodarstwie domowym jest związana z wyższym ryzykiem problemów behawioralnych, depresji i lęku. Dzieci z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym są bardziej narażone na problemy zdrowia psychicznego, co sugeruje potrzebę wsparcia społecznego i interwencji w takich rodzinach.

Co do zasady wysoki status społeczno-ekonomiczny rodziny sprzyja lepszej adaptacji dzieci w nowych warunkach, podczas gdy niski status może prowadzić do długotrwałych problemów zdrowotnych. Z drugiej strony badania Michałek i in. (2024) wskazują na niepokojący wzrost zamachów samobójczych wśród dzieci w wieku 10-14 lat w grupie krajów o najwyższej pozycji we wskaźniku społeczno-demograficznym (SDI)¹¹.

Dostępność w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Polska przeprowadziła reformę w psychiatrii dziecięcej ustanawiając trypoziomowy system opieki medycznej. W ten sposób radykalnie zwiększono dostępność do usług. Rysunek poniżej przedstawia wielkość populacji objętej wsparciem w ramach ośrodków pomocy przedlekarskiej – psychologiczno-psychoterapeutycznych w poszczególnych województwach. Rozmieszczenie ośrodków jest praktycznie równomierne. Ośrodków jest 491 (stan na 7.11.2024), na które przypada od ok. 12.400 (w województwie lubuskim) do ok. 26.000 dzieci i młodzieży poniżej 21 r.ż (w województwie zachodniopomorskim). Ośrodków II poziomu – Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży jest 90, średnio przypada na nie od 50.000 (województwo podlaskie) do 240.000 (województwo świętokrzyskie) dzieci i młodzieży poniżej 21 r.ż. Ośrodków III poziomu referencyjnego jest 34. Są to głównie szpitale pediatryczne z oddziałami całodobowymi w psychiatrii dziecięcej.

⁹ Ubóstwo relatywne występuje wtedy, gdy ekwiwalentny dochód jest niższy niż 60% mediany ekwiwalentnego dochodu w danym kraju.

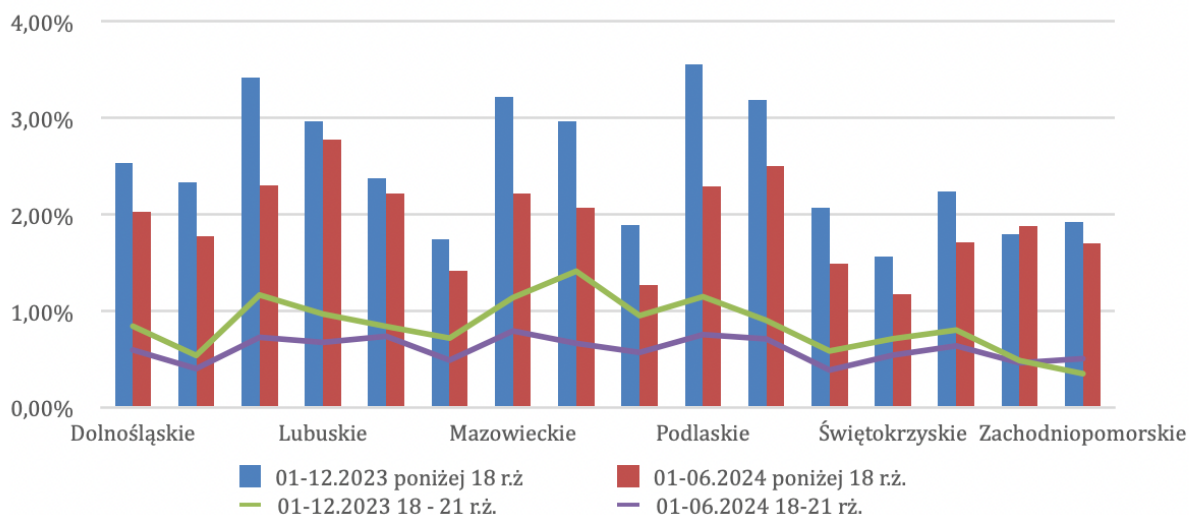
¹⁰ https://doi.org/10.2908/ILC_LVPH04

¹¹ SDI to wskaźnik, który uwzględnia dochód na mieszkańca, lata edukacji oraz wskaźnik płodności wśród kobiet poniżej 25 roku życia w danym kraju.

Po cztery ośrodki są w województwie kujawsko-pomorskim i mazowieckim, trzy ośrodki są w województwie dolnośląskim, małopolskim, mazowieckim i śląskim, dwa ośrodki w województwie lubelskim i pomorskim. W pozostałych jest po jednym ośrodku III poziomu referencyjnego.

Zgodnie z danymi około 10% dzieci potrzebuje lub będzie potrzebować wsparcia specjalistycznego. W 2019 roku, przed wdrożeniem reformy, procent populacji niepełnoletnich objętych opieką wynosił 1,8% (luka wynosiła ponad 8%). Aktualnie, w 2023 roku wynosił on ok. 3,3% (wg powiatów od 0,5% do 8,2%). Dostępność do pomocy zwiększyła się także w sensie geograficznym. Przed reformą średnia odległość od miejsca zamieszkania dziecka wynosiła 25 km, w 2023 roku wyniosła ona 13,2 km do najbliższego ośrodka.

Rysunek 7. Średni procent zaopiekowanej populacji do 21 r.ż. w 2023 i 2024 roku



Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia, opracowanie własne. Podawane dane za 2024 roku obejmują okres od stycznia do czerwca.

Flash Eurobarometer FL530 (2023) pokazuje, że dostępność opieki psychiatrycznej jest kluczowa w zaspokajaniu potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego dzieci. Szczególnie dotyczy to młodzieży. Blisko połowa nastolatków z krajów UE zgłasza, że nie ma odpowiedniego wsparcia w sytuacji kryzysu psychicznego. W całej populacji osób w wieku 15-24 r.ż. blisko 5% nie ma odpowiedniego dostępu do usług psychiatrycznych.

Tabela 8. Niezaspokojone potrzeby w zakresie konkretnych usług związanych z opieką zdrowotną w grupie wiekowej 15–24 r.ż. w 2019 roku

Kraje członkowskie	Opieka medyczna	Opieka stomatologiczna	Opieka psychiatryczna	Dostęp do leków
European Union - 27	3,7	7,3	4,4	2,7
Bulgaria	2,4	2,9	3,8	2,4
Czechia	2,2	1,5	1,0	1,0
Denmark	6,7	25,6	28,9	7,3
Germany	3,3	9,0	4,2	3,8
Estonia	7,3	16,1	3,9	2,3
Ireland	8,3	7,5	6,6	5,6
Greece	4,0	8,1	2,9	2,3
Spain	1,4	5,9	0,6	0,4
France	4,7	5,0	7,6	1,8
Croatia	4,5	9,9	1,0	3,8
Italy	5,2	7,3	2,3	4,9
Cyprus	1,3	1,9	:	1,4
Latvia	10,4	12,7	6,8	7,1
Lithuania	2,6	8,3	4,2	4,6
Luxembourg	8,1	10,0	6,3	5,5
Hungary	4,4	7,2	3,6	5,7
Malta	1,5	2,7	3,0	1,5
Netherlands	1,6	2,9	2,8	1,0
Austria	4,1	5,5	6,6	3,1
Poland	3,4	6,9	2,7	2,2
Portugal	9,8	14,8	20,3	3,2
Rmania	0,7	3,8	0,3	1,4
Slovenia	5,3	12,7	7,1	5,1
Slovakia	0,5	2,0	0	0
Finland	13,3	26,0	39,5	12,7
Sweden	8,8	13,6	12,3	7,2
Iceland	7,0	10,5	25,3	4,4
Norway	3,1	5,9	2,4	4,6
Serbia	5,7	7,1	0,4	3,0
Türkiye	6,1	7,5	2,3	5,9

Zródło danych: https://doi.org/10.29088/HLTH_EHIS_UN21

Młodzież w UE pomiędzy 15–24 lata w różnym stopniu korzysta z pomocy profesjonalistów z obszaru zdrowia psychicznego. Odsetek kontaktu z psychologiem, psychoterapeutą lub psychiatrą również wykazuje duże zróżnicowanie. W 2019 roku, czyli przed pandemią, najwyższe odsetki kontaktu z psychologiem zanotowano w Luksemburgu (30,6%), Francji (23,5%) i Holandii (22,2%). Kraje te również osiągają wyższe wyniki w zakresie kontaktu z szerszą grupą specjalistów zdrowia psychicznego. Z drugiej strony, w Rumunii (0,3%), Bułgarii (1,2%) oraz Grecji (3,3%) kontakt z psychologiem był rzadki, co sugeruje duże zasoby istniejące w rodzinie, społeczności lokalnej lub możliwe ograniczenia dostępu do specjalistycznej opieki psychologicznej i różnice w akceptacji społecznej korzystania z takich usług. Tabela poniżej przedstawia dokładne dane dla krajów członkowskich.

Tabela 9. Konsultacja z profesjonalistami w zakresie opieki zdrowia psychicznego lub opieki rehabilitacyjnej w 2019 r.

Kraje	Kontakt z psychologiem	Kontakt z psychologiem, psychoterapeutą, psychiatrą
European Union - 27	14,1	7,5
Belgium	20,6	10,2
Bulgaria	1,2	0,4
Czechia	9,7	3,5
Denmark	19,3	15,7
Germany	19,5	12,7
Estonia	8,5	13,4
Ireland	3,5	6,1
Greece	3,3	1,3
Spain	13,8	6,9
France	23,5	6,9
Croatia	4,9	3,9
Italy	6,6	3,1
Cyprus	5,8	0,1
Latvia	10,1	6,0
Lithuania	9,9	4,5
Luxembourg	30,6	13,1
Hungary	7,3	5,3
Malta	14,4	5,7
Netherlands	22,2	13,2
Austria	12,5	7,1
Poland	4,5	4,0
Portugal	12,9	9,5
Romania	0,3	0,2
Slovenia	11,8	7,2
Slovakia	7,5	2,6
Finland	17,5	13,9
Sweden	19,7	17,3

Zródło danych: https://doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_AM6U, opracowanie własne.

Koordinacja wsparcia wewnątrz i zewnątrz sektorowa

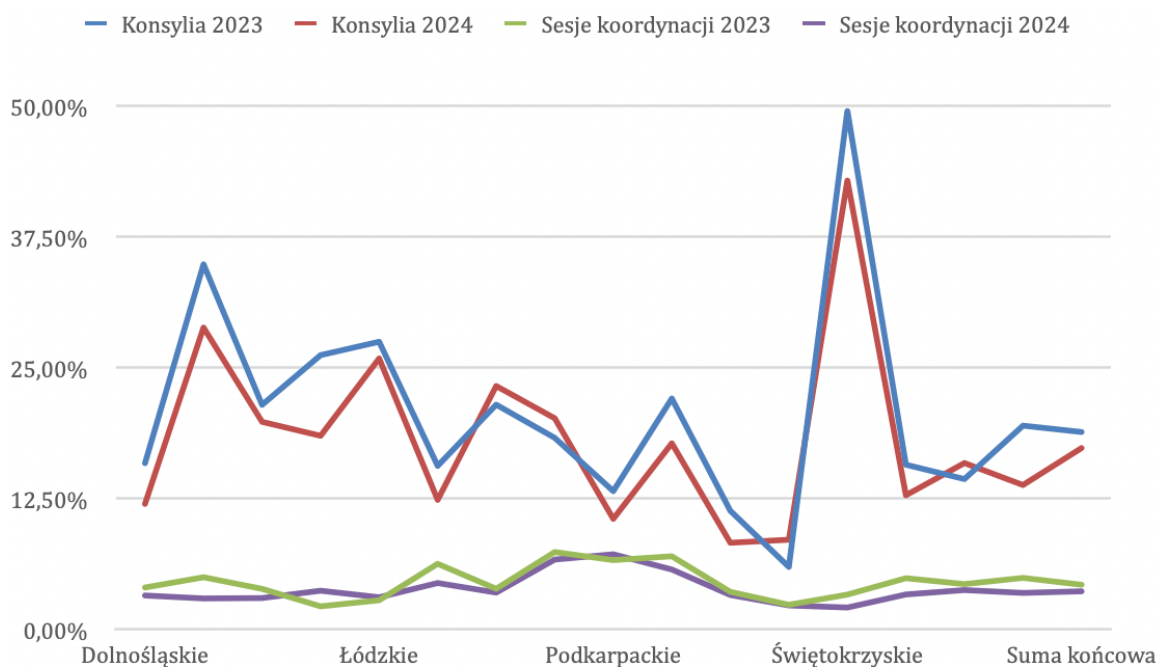
Rozproszony charakter zarządzania opieką zdrowotną w Polsce utrudnia koordynację na poziomie systemu, nie tylko w opiece psychiatrycznej (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Szczególnie dotyczy to dzieci i młodzieży ze względu na trzecią stronę leczenia: opiekunowie prawni i obowiązek edukacyjny. Stan koordynacji i współpracy międzysektorowej w zakresie zdrowia psychicznego w krajach Unii Europejskiej jest zróżnicowany i zależy od specyfiki poszczególnych państw członkowskich. Podejmują one działania mające na celu wzmocnienie współpracy międzysektorowej, co jest kluczowe dla zapewnienia całościowego podejścia do promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania jego problemom. Niektóre kraje, takie jak Szwecja, Holandia i Niemcy, mają już dobrze rozwinięte modele współpracy międzysektorowej, które obejmują skoordynowane podejście do edukacji zdrowotnej, wsparcia w miejscach pracy oraz integracji społecznej. W innych krajach proces ten jest jeszcze na wczesnym etapie rozwoju.

W ramach reformy psychiatrii dziecięcej Polska wprowadziła zasady koordynacji zarówno wewnątrz sektora ochrony zdrowia (konsylia), jak i międzysektorowej (sesje koordynacyjne). Niestety, ze względu na różne modele finansowania trzech poziomów referencyjnych, skuteczna koordynacja wewnątrz sektora ochrony zdrowia nie funkcjonuje. Niemniej, jak pokazują dane na I poziomie referencyjnym – wg wskaźnika liczba pacjentów/liczba konsyliów lub sesji koordynacji – koordynacja wewnątrz i międzysektorowa jest na niskim poziomie.

Można zauważyć znaczną różnorodność w liczbie konsyliów w poszczególnych województwach, przy czym szczególnie wysokie wartości odnotowano w województwach śląskim i kujawsko-pomorskim. Liczba sesji koordynacji pozostaje natomiast na stosunkowo niskim poziomie we wszystkich pozostałych regionach, wskazując na mniejsze zaangażowanie w te działania.

W niektórych województwach, takich jak śląskie i kujawsko-pomorskie, można zauważyć wyraźne różnice pomiędzy liczbą konsyliów w 2023 i 2024 roku, co wskazuje na wzrost lub spadek intensywności realizacji tych działań. Ogólnie liczba sesji koordynacji jest znacznie niższa, a wartości te są dość jednolite w skali kraju.

Rysunek 10. Liczba konsyliów i sesji koordynacji na I poziomie referencyjnym w stosunku do liczby pacjentów w 2023 i 2024 roku



Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia, opracowanie własne

Ze względu na trzecia stronę leczenia u dzieci, koordynacja z psychiatrią dorosłych jest konieczna. Holistyczne podejście do leczenia zakłada, że cała rodzina jest w sposób spójny objęta leczeniem. Takie podejście wymaga ścisłej współpracy między specjalistami zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży i specjalistami zdrowia psychicznego dorosłych (Barican i in., 2022; Leijdesdorff i in., 2013) oraz stworzenia w systemie zdrowia psychicznego skoordynowanych działań mających na celu udzielenie rodzinie, jak i jej poszczególnym członkom, wielousługowych świadczeń i spójnych interwencji w obszarze zdrowia psychicznego (Barican i in., 2022).

Jednym z kluczowych elementów podejścia międzysektorowego w UE jest zrozumienie, że zdrowie psychiczne nie ogranicza się wyłącznie do sektora opieki zdrowotnej. Współpraca między resortami zdrowia, edukacji, pracy, polityki społecznej oraz środowiskowej jest niezbędna, aby skutecznie reagować na wyzwania związane ze zdrowiem psychicznym. Na przykład, w niektórych krajach promowane są programy zdrowia psychicznego w szkołach, które mają na celu wspieranie rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych u dzieci, a także interwencje na poziomie miejsc pracy w celu zapobiegania stresowi zawodowemu i wspierania pracowników w radzeniu sobie z wyzwaniami.

Jednak koordynacja ta napotyka również na wyzwania, takie jak niedobór zasobów kadrowych w sektorze zdrowia psychicznego, brak odpowiedniego finansowania oraz trudności w przełamywaniu stygmatyzacji związanej z problemami zdrowia psychicznego.

Aktywność fizyczna

Komisja Europejska (2023a) podkreśla, że w kompleksowym podejściu do odbudowania zdrowia psychicznego w państwach członkowskich aktywność fizyczna, szczególnie po okresie pandemii, odgrywa ważną rolę. Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży pokazują także badania. Yang i in. (2022) przeprowadzili metaanalizę, która wykazała, że regularna aktywność fizyczna, szczególnie w formie ćwiczeń terapeutycznych, ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne. Interwencje te były bardziej skuteczne, gdy obejmowały co najmniej 120 minut aktywności tygodniowo, co sugeruje, że intensywność i rodzaj aktywności mają kluczowe znaczenie dla osiągnięcia pozytywnych rezultatów. Badania Vanaken i Danckaerts (2018) wykazały, że ekspozycja na tereny zielone ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Dostępność przestrzeni do zabawy i aktywności fizycznej jest kluczowa dla ich dobrostanu psychicznego. Aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na wyniki psychospołeczne u młodzieży, co może być wykorzystane jako strategia wsparcia zdrowia psychicznego w szkołach (Spruit i in., 2016).

Niemniej odsetek osób w wieku 16–24 lat nieuczestniczących w działalności sportowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy jest znaczący. Wśród młodzieży, ich realizacja często odbywa się poprzez mass media. Znaczący odsetek pokazuje brak zainteresowania aktywnościami sportową. Przy dość wysokim wskaźniku dziennego korzystania ze smartfonów lub komputera stanowi to ryzyko dla kondygnacji psychofizycznej niepełnoletnich.

Tabela 10. Osoby w wieku 16–24 lat, które nie uczestniczyły w działaniach kulturalnych lub sportowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy w 2022

Kraje	Kino	Uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych	Zwiedzanie	Sport
Belgium	19,7	19,7	18,2	12,2
Bulgaria	9,1	9,1	9,1	9,1
Czechia	12,9	3,8	3,8	0
Denmark	:	:	:	:
Germany	:	:	:	:
Estonia	30,7	37,7	30,7	30,7
Ireland	2,7	5,9	2,7	0
Greece	:	:	:	:
Spain	26,4	32,2	29,8	25,3
France	28	25,3	28,2	26,8
Croatia	1,7	1,7	1,7	0
Italy	14,1	4,4	5,1	4,2
Cyprus	43	43	37,9	15,3
Latvia	11,1	19,8	13,6	5,2
Lithuania	:	:	:	:
Luxembourg	:	:	:	:

Kraje	Kino	Uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych	Zwiedzanie	Sport
Hungary	20,7	28,8	30,1	13,8
Malta	:	:	:	:
Netherlands	:	:	:	:
Austria	0	0	0	0
Poland	1,6	5,9	8	5,8
Portugal	31,8	34,1	31,1	23,4
Romania	7,6	13,7	8,8	6,1
Slovenia	:	:	:	:
Slovakia	10,6	10,6	10,6	0
Finland	8,3	15,9	0,3	10,6
Sweden	5,8	5,9	:	:

Zródło danych: https://doi.org/10.2908/ILC_SCP38, opracowanie własne.

Zdrowie psychiczne opiekunów prawnych

Sytuacja wymagająca wsparcia opiekunów prawnych ze względu na ich kondycję psychofizyczną ma dwa aspekty. Po pierwsze, wsparcie rodziców w sytuacji, gdy dziecko rodzi się z chorobami wrodzonymi, niepełnosprawne lub z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Choroba dziecka ma bezpośredni wpływ na kondycję psychiczną jego opiekunów. Wysoka jakość funkcjonowania rodziny jest skorelowana z lepszym zdrowiem psychicznym rodziców, co podkreśla znaczenie wsparcia społecznego i rodzinnego w kontekście opieki nad dziećmi z wyzwaniami rozwojowymi (Weissman i in., 2016). Po drugie, badania Köhler-Dauner i in. (2021) podkreślają, że zdrowie psychiczne rodziców jest kluczowym czynnikiem wpływającym na zdrowie psychiczne dzieci, co potwierdzają również wyniki badań innych autorów (Fitzsimons i in., 2017; Leijdesdorff i in., 2017; Weissman i in., 2016). Krytyczny moment dojrzewania, w którym rozwijają się kryzysy, pierwsze ciężkie zaburzenia psychiczne, ma wiązać się z zaburzeniami psychicznymi rodziców. W badaniach podkreśla się, że ryzyko wystąpienia u dzieci problemów ze zdrowiem psychicznym w tych rodzinach zwiększa się nawet o 50% (Leijdesdorff i in., 2017; Rasic i in., 2014; Weissman i in., 2016). Wczesne włączenie interwencji profilaktycznych wobec dzieci rodziców chorujących psychicznie zmniejsza ryzyko wystąpienia u nich kryzysu psychicznego od 40% do 50% (Leijdesdorff i in., 2017).

Komunikacja w rodzinie oraz relacja rodzic-dziecko są kluczowe dla zdrowia psychicznego niepełnoletnich. Badania Daulay i in. (2023) wskazują, że problemy w komunikacji rodzinnej mogą prowadzić do znacznego stresu psychologicznego u nastolatków. W pracy z dziećmi w obszarze zdrowia rozwija się pojęcie parents' mental health literacy. Można je przetłumaczyć na świadomość rodzicielską dotyczącą zdrowia psychicznego. Ta świadomość ma komponent związany z wiedzą i jej praktycznym zastosowaniem w relacji do dzieci. Efekty rozwoju tej umiejętności u rodziców są profilaktyką zaburzeń psychicznych u dzieci lub elementem wczesnej interwencji (Peyton i in., 2022).

Równowaga pomiędzy życiem osobistym i zawodowym rodziców

Dyrektywa 2019/1158 Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 20 czerwca 2019 r. koncentruje się na równowadze między życiem zawodowym a prywatnym rodziców i opiekunów, co ma istotny wpływ na zdrowie psychiczne dzieci. Jedną z kluczowych rekomendacji jest wsparcie rodziców poprzez wprowadzenie elastycznych form organizacji pracy, takich jak praca zdalna, elastyczne godziny pracy czy skrócony wymiar godzin. Dzięki temu rodzice mogą lepiej godzić obowiązki zawodowe z opieką nad dziećmi, co pozytywnie wpływa na ich zdrowie psychiczne. Rekomendacje te mają na celu stworzenie stabilnego środowiska rodzinnego, które wspiera zdrowie psychiczne dzieci poprzez pomoc rodzicom w godzeniu życia zawodowego z obowiązkami rodzinnymi. Brak możliwości pogodzenia życia zawodowego i rodzinnego ma konsekwencje dla kondycji psychicznej dzieci (Perry-Jenkins i in., 2020; Ribas, i in., 2024). Co więcej, praca zdalna nie zawsze przekłada się na większą ilość czasu spędzanego z rodziną (Eurofound, 2022).

Media cyfrowe, w tym media społecznościowe

Strategiczny dokument Unii Europejskiej EU4Health (2021) podkreśla konieczność edukacji w zakresie zdrowia psychicznego w erze cyfrowej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Badania naukowe jednoznacznie wskazują na złożony i dwuznaczny wpływ mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne młodzieży, szczególnie w kontekście ryzyka zachowań samobójczych (Hjetland, i in., 2021). Z jednej strony stanowią one platformę do wyrażania siebie, nawiązywania kontaktów i otrzymywania wsparcia rówieśniczego, co może pozytywnie wpływać na dobrostan emocjonalny (Balt i in., 2023; O'Reilly i in., 2022; Weinstein, 2018; Vuorre i in., 2021).

Z drugiej strony nadmierne i niekontrolowane korzystanie z mediów społecznościowych jest powiązane ze wzrostem poziomu lęku, depresji, problemów z samooceną oraz zaburzeń snu (Cosma i in., 2023; Gao i in., 2020; Keles i in., 2019; Kelly, i in., 2018, Liu i in., 2022). Negatywne skutki wynikają często z mechanizmów takich jak porównania społeczne, cyberprzemoc oraz presja bycia ciągle online (Best i in., 2014; Karim i in., 2020). Ekspozycja na treści związane z samookaleczeniem czy samobójstwem może prowadzić do normalizacji tych zachowań i zwiększać ryzyko ich wystąpienia wśród młodzieży (Barthorpe i in., 2020; Halim i in., 2023).

Indywidualne różnice, takie jak płeć, kontekst kulturowy i sposób korzystania z mediów społecznościowych, odgrywają kluczową rolę w tym, jak młodzież doświadcza ich wpływu (Twenge i Martin, 2020; Beyens i in., 2020; Cingel, 2023). Niektórzy badacze podkreślają, że choć istnieją obawy dotyczące negatywnego wpływu mediów społecznościowych, dowody są wciąż niejednoznaczne i wymagają dalszych badań (Odgers i Jensen, 2020; Ferguson i in., 2022).

Wnioski z dotychczasowych badań wskazują na potrzebę edukacji w zakresie zdrowego i świadomego korzystania z mediów społecznościowych. Kluczowe jest zwiększanie świadomości wśród rodziców, nauczycieli i samych nastolatków na temat potencjalnych zagrożeń oraz promowanie strategii mających na celu minimalizowanie negatywnych skutków, takich jak moderacja czasu spędzanego online i rozwijanie umiejętności radzenia sobie z presją społeczną.

Pandemia COVID-19

Pandemia COVID-19 wywarła istotny wpływ na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, prowadząc do znacznego wzrostu objawów depresyjnych, lękowych i stresowych (Holmes i in., 2020; Racine i in., 2021; Revet i in., 2021; Singh i in., 2020). Izolacja społeczna wynikająca z ograniczeń pandemicznych przyczyniła się do poczucia samotności i wyobcowania wśród młodych osób (Loades i in., 2020). Zamknięcie szkół i przejście na nauczanie zdalne zakłóciło codzienną rutynę oraz utrudniło dostęp do wsparcia rówieśniczego, co dodatkowo pogorszyło samopoczucie psychiczne (Lee, 2020; Viner i in., 2020). Wzrost objawów depresyjnych i lękowych wśród dzieci i młodzieży był dwukrotnie wyższy niż przed pandemią, co podkreśla pilną potrzebę alokacji zasobów na wsparcie psychologiczne tej grupy (Racine i in., 2021). Badania wykazały, że dzieci doświadczające izolacji społecznej i stresu związanego z pandemią wykazywały wyższe poziomy lęku i depresji (Duan i in., 2020; Ma i in., 2021). Niepewność i strach związane z obawami o zdrowie własne i bliskich prowadziły do problemów behawioralnych, takich jak drażliwość, agresja czy wycofanie społeczne (Singh i in., 2020; Wang i in., 2020).

Szkoły odgrywają kluczową rolę w promowaniu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, oferując środowisko do nauki umiejętności społecznych i emocjonalnych (Golberstein i in., 2020; Chaabane i in., 2021). Ich zamknięcie miało negatywny wpływ na samopoczucie psychiczne uczniów, co podkreśla konieczność opracowania skutecznych interwencji i polityk zdrowotnych (Holmes i in., 2020). Zamknięcie szkół i przejście na nauczanie zdalne miało negatywny wpływ na zdrowie psychiczne uczniów. Golberstein i in. (2020) oraz Chaabane i in. (2021) wskazują, że brak interakcji z rówieśnikami oraz izolacja społeczna przyczyniły się do wzrostu objawów depresyjnych i lękowych. Lee (2020) oraz Viner i in. (2020) podkreślają, że szkoły odgrywają kluczową rolę w promowaniu zdrowia psychicznego, oferując środowisko do nauki umiejętności społecznych i emocjonalnych, a ich zamknięcie zaburzyło tę funkcję.

Szkoła jako zasób w budowaniu odporności psychicznej niepełnoletnich

Ponieważ dzieci i młodzież spędzają znaczną część swojego dnia w placówkach edukacyjnych, szkolne usługi zdrowia psychicznego odgrywają kluczową rolę w ich dobrostanie (Wahl i in., 2014). Znaczenie szkoły w kształtowaniu odporności psychicznej uczniów rośnie, zwłaszcza w obliczu współczesnych wyzwań.

Wiele badań i metaanaliz wskazuje na to, że szkoły mogą pełnić zarówno funkcję wsparcia, jak i źródła problemów zdrowia psychicznego wśród dzieci. Badania wskazują, że interwencje oparte na programach zdrowia psychicznego w szkołach mogą znacząco wpłynąć na poprawę stanu psychicznego dzieci i młodzieży. Na przykład, przegląd systematyczny przeprowadzony przez Barry'ego i współautorów (2013) podkreśla, że szkoły są jednym z najważniejszych miejsc do wdrażania interwencji zdrowia psychicznego, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach, gdzie dostęp do usług zdrowotnych jest ograniczony. Interwencje te są szczególnie skuteczne, gdy są realizowane w grupach, co potwierdzają wyniki przeglądu Wang (2024), który wskazuje na efektywność uniwersalnych interwencji w szkołach. Odpowiednie wsparcie ze strony zarówno rodziców, jak i nauczycieli może znacząco wpłynąć na zdrowie psychiczne dzieci (Sheridan et al., 2019). Fazel i in. (2014) wskazują na znaczenie szkół jako miejsca, gdzie dzieci mogą otrzymać wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego, zwłaszcza w krajach o wysokich dochodach, gdzie dostęp do usług zdrowotnych jest lepszy.

Obecne świadczenie tych usług jednak nie spełnia potrzeb młodych osób, szczególnie w krajach o niskim i średnim dochodzie, gdzie ograniczony dostęp i niedostosowanie dostępnych programów do specyficznych potrzeb przyczyniają się do ich nieefektywności (Dolotina i Turban, 2022). Mimo znacznego postępu w ostatnich dekadach w opracowywaniu programów promujących zdrowie psychiczne (Fleming i in., 2014), głównie poprzez uniwersalne interwencje szkolne wykazujące pozytywne efekty, systematyczne przeglądy i metaanalizy tych interwencji dają mieszane wyniki (Mackenzie i Williams, 2018). Ponadto stosowane interwencje lub programy skupiają się na pojedynczych diagnozach i ograniczają efektywność tych programów w radzeniu sobie ze współwystępującymi zaburzeniami, które są powszechne wśród dzieci (Dalglish i in., 2020).

Niemniej, w środowisku szkolnym dzieci doświadczają także przemocy rówieśniczej. Ma ona istotny wpływ na zdrowie psychiczne dzieci, prowadząc do długotrwałych problemów emocjonalnych, takich jak depresja i lęk. Metaanalizy, takie jak te przeprowadzone przez Cook i in. (2010) oraz Moore i in. (2017), wskazują na silny związek między doświadczaniem przemocy a negatywnymi skutkami zdrowotnymi, w tym psychosomatycznymi. Niektórzy badacze (Gini i Pozzoli, 2013; Bannink i in., 2014) zwracają uwagę na ryzyko myśli samobójczych związanych z zarówno tradycyjną, jak i cyberprzemocą. Wsparcie ze strony rodziców i nauczycieli może działać jako czynnik ochronny, co sugerują badania (Stadler i in., 2010), a długoterminowe skutki przemocy rówieśniczej mogą prowadzić do trudności w dorosłym życiu (Mcdougall i Vaillancourt, 2015). W związku z tym, kluczowe jest wdrażanie skutecznych programów interwencyjnych w szkołach (Díaz-Caneja i in., 2021), aby zminimalizować negatywne skutki przemocy rówieśniczej i promować zdrowie psychiczne uczniów.

Wiele szkół koncentruje się na interwencjach reaktywnych, a nie na profilaktyce (Patalay i in., 2017). Podejście do zdrowia psychicznego i jego promocji w edukacji powinno być zintegrowane z celami szkoły, co może przyczynić się do lepszego samopoczucia uczniów (Norwich i in., 2022).

Podejmowanie decyzji w ochronie zdrowia psychicznym na podstawie dowodów naukowych

Holmes et al. (2020) podkreślają potrzebę zbierania wysokiej jakości danych dotyczących wpływu pandemii na zdrowie psychiczne, co jest kluczowe dla opracowania skutecznych interwencji. Komisja Europejska zwraca uwagę na jakość danych oraz ich bezpieczne udostępnianie we wniosku PE i RE dotyczącym europejskiej przestrzeni danych zdrowotnych – EHDS (COM/2022/197)³. Autorzy raportu „Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia – czy Polska jest gotowa na wdrożenie rozporządzenia?” wskazują, że dzięki projektom e-Zdrowie Polska może znacząco przyczynić się do tworzenia wiarygodnych baz danych w obszarze zdrowia psychicznego.

Rozporządzenie umożliwi pełne wykorzystanie potencjału danych zdrowotnych krajów członkowskich. Dużym wyzwaniem będzie interoperacyjność bazy dot. zdrowia psychicznego, np. łączenie informacji z systemu oświaty czy oparcia społecznego. Badania w zakresie efektywności klinicznej, finansowej itp. w zdrowiu psychicznym powinny obejmować różne działania podejmowane przez instytucje krajów członkowskich. Monitorowanie i ocena wsparcia z poziomu różnych sektorów usług publicznych pozwoli lepiej zrozumieć złożoność problemów zdrowia psychicznego w różnych kontekstach. Wymaga to standardu raportowania i technicznie opisanego schematu bazy danych zbierania danych w obszarze zdrowia psychicznego dzieci.

Młodzież na rynku pracy

Badania sugerują, że wczesne interwencje w zdrowiu psychicznym mogą znacząco wpłynąć na przyszłą karierę i rozwój zawodowy, w tym wyniki zatrudnienia (Witt i in., 2018; Alaie i in., 2023; Jia i Vu, 2023; de Vries i in., 2023; Union i OECD, 2022; Flores i Wolfe, 2022). Podkreśla to jeszcze bardziej potrzebę kompleksowego wsparcia zdrowia psychicznego dla młodych ludzi, ponieważ ich kondycja psychiczna ma dalekosiężne konsekwencje i wpływa negatywnie na ich ścieżki zawodowe (de Groot i in., 2021; Bowman i in., 2020; Hakulinen i in., 2019; Colizzi i in., 2020).

Nierówności w usługach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży mogą przyczyniać się do długoterminowych dysproporcji w zatrudnieniu i sukcesie zawodowym (Corr i in., 2014; Egan i in., 2014; Fletcher, 2012).

³ https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_pl

Ograniczony dostęp do wczesnych interwencji w przypadku takich schorzeń jak lęk czy depresja może prowadzić do większego odsetka młodych dorosłych wchodzących na rynek pracy z niezaspokojonymi potrzebami zdrowia psychicznego, co potencjalnie utrudnia ich rozwój kariery i potencjał zarobkowy. Dysproporcje w zarobkach często wynikają z problemów zdrowia psychicznego doświadczanych w okresie dojrzewania. Problemy te mogą obniżyć zarobki w dorosłości, szczególnie dla osób o niższych dochodach (Evensen i in., 2016). Ta dysproporcja wynika z różnych czynników, w tym obniżonego poziomu wykształcenia, zwiększonego prawdopodobieństwa bezrobocia i trudności w utrzymaniu stałej wydajności pracy.

Znaczna ilość badań konsekwentnie wykazała, że zarówno problemy internalizacyjne, takie jak lęk i depresja, jak i eksternalizacyjne, w tym problemy behawioralne i używanie substancji psychoaktywnych, są związane z negatywnymi wynikami zatrudnienia w dorosłości (Alaie i in., 2023; Vergunst i in., 2023; Pratap i in., 2021; Fletcher, 2012). Metaanaliza przeprowadzona przez Tayfur i in. (2021) ujawniła istotny związek między problemami behawioralnymi w adolescencji a zwiększonym prawdopodobieństwem bezrobocia lub braku stałej satysfakcjonującej pracy w młodej dorosłości. Sugeruje to, że wczesne problemy behawioralne mogą mieć trwałe konsekwencje dla zdolności osoby do angażowania się w edukację lub znalezienia stabilnego zatrudnienia. Przyszli pracownicy i współpracownicy zmagający się z tymi wyzwaniami często doświadczają obniżonej wydajności, zwiększonej absencji oraz wyższego ryzyka działań dyscyplinarnych lub utraty pracy (Cottini i Lucifora, 2013; Feringa, 2018).

tAnaliza krajów członkowskich wskazuje, że nierówności w ochronie zdrowia, wyzwania związane ze skutkami pandemii COVID-19 wśród młodzieży i rodziców, wymaga przede wszystkim nacisku na profilaktykę i prewencję w zdrowiu psychicznym. Powinna być ona kierowana, włącznie z zaangażowaniem przyszłych pracodawców, na rodzinę oraz szkołę. Jej celem powinno być zwiększanie kompetencji rodziców w obszarze zdrowia psychicznego (*mental health literacy*) oraz nacisk na psychoedukację, profilaktykę i promocję zdrowia psychicznego w jednostkach sektora oświaty. Niemniej ważne jest, aby wzmacniać lokalnie systemy koordynacji, w tym zaangażowanie przyszłych pracodawców. Rola pracodawców może być dwojaka:

- bezpośrednia, na rzecz wzmacniania odporności psychicznej i promocji zdrowia psychicznego wśród młodzieży – przyszłych pracowników i współpracowników oraz
- pośrednia, związana z promocją zdrowia psychicznego wśród rodziców, tworzenia środowiska pracy sprzyjającego zdrowiu psychicznemu rodziców czy też lokalnie podejmowane inicjatywy na rzecz budowania odporności psychicznej rodziców.

Zaangażowanie rodzin jako aktywnych partnerów w tym procesie jest kluczowe, ponieważ mogą one wzmacniać pozytywne strategie radzenia sobie i zabiegać o niezbędne zasoby zarówno w ramach systemu szkolnego, jak i poza nim. Wzmocnienie współpracy między szkołami, profesjonalistami zdrowia psychicznego i rodzinami może stworzyć kompleksową sieć wsparcia, która odpowiada na wieloaspektowe potrzeby młodych ludzi, ostatecznie poprawiając ich perspektywy edukacyjne, sukces zawodowy i ogólne zadowolenie z życia (National Center for Children in Poverty, 2023).

Współpracując z lokalnymi podmiotami działającymi na rzecz zdrowia psychicznego, agencjami samorządowymi i rządowymi, organizacjami społecznościowymi, pracodawcy mogą pomóc w promocji zdrowia psychicznego oraz wzmacniania czynników je chroniących (np. więzi rodziców z dziećmi, budowanie odporności psychicznej rodziców-pracowników/współpracowników (The Community Guide, 2023)). Ukierunkowane działania informacyjne i kampanie edukacyjne mogą również wzmocnić młodych ludzi i ich rodziny do proaktywnego poszukiwania pomocy, promując kulturę otwartości i wsparcia. Podejmując kompleksowe, wielostronne podejście do wzmacniania wiedzy i wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego, wspólnie można budować środowisko pracy, które wzmacnia zdrowie psychiczne rodziców oraz pośrednio lub bezpośrednio wpływa na lepsze funkcjonowanie młodzieży na rynku pracy.

10 Rekomendacje

W zdrowiu publicznym, a takie jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, Patel i zespół (2023) proponuje przyjąć kilka głównych zasad w transformacji systemów ochrony zdrowia, które mogą być traktowane jako wartość publiczną (Ćwiklicki, 2011) w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci. Ta wartość powinna być podzielana przez różnych interesariuszy oraz zdobyć legitymizację decydentów krajów członkowskich. Zasady te są następujące:

- 1.** ukierunkowanie działań na niekorzystne uwarunkowania społeczne w całym cyklu życia. Wymaga to przesunięcia punktu ciężkości z leczenia zdiagnozowanych zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci na równorzędne, a nawet wyższe, priorytetowe traktowanie działań zapobiegających problemom oraz rozwijającą promocję zdrowia psychicznego niepełnoletnich.
- 2.** opieka zdrowotna określana przez potrzeby osoby, a nie jej diagnozę. Obecne modele opieki są zdominowane przez konieczność ustalenia diagnozy w celu zaoferowania leczenia. Wykorzystywanie współczesnych systemów klasyfikacji, w których osoba jest klasyfikowana jako mająca określone zaburzenie psychiczne (np. zaburzenie depresyjne, schizofrenię czy chorobę afektywną dwubiegunową) lub nie, jest problematyczne z wielu powodów.

3. wzmocnienie roli specjalistów z pierwszej linii w dostarczaniu interwencji psychospołecznych opartych na dowodach. Głównie dotyczy to specjalistów z jednostek oświaty lub żłobków. Zasada ta określa gdzie, jak i przez kogo jest świadczone wsparcie dla dziecka w kryzysie. Obecny model jest zdominowany przez opiekę specjalistyczną, która jest oddzielona od innych komponentów systemu opieki zdrowotnej. Opieka szpitalna często jest zapewniana w szpitalach lub oddziałach odseparowanych od ogólnych usług zdrowotnych, a opieka ambulatoryjna w zakresie zdrowia psychicznego jest odłączona od podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej i poradnictwa pedagogiczno-psychologicznego.

4. przyjęcie podejścia opartego na prawach człowieka w opiece nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. Przez zbyt długi czas osoby z doświadczeniem zaburzeń zdrowia psychicznego oraz ich rodziny były dyskryminowane w zatrudnieniu, edukacji i systemach sądowniczych. W systemie opieki zdrowotnej odnotowuje się historię zaniedbywania osób z problemami psychicznymi oraz ignorowania ich potrzeb zdrowotnych, co przyczynia się do przedwczesnej śmiertelności.

5. umieszczenie dzieci i młodzieży z doświadczeniem życia z problemami zdrowia psychicznego w centrum systemu opieki. Dominujący model opieki skoncentrowany na diagnozie jest przede wszystkim kierowany przez perspektywę Ubezpieczycieli/Płatnika. Te perspektywy są ograniczone z różnych powodów i nie mogą decydować o dostępie do leczenia.

Tak zdefiniowana wartość publiczna może być podstawa definiowania strategii czy ich rewizji w krajach członkowskich. Wiąże się ona także z pojęciem kosztów i zysku. Przy czym w rozumieniu inwestycji publicznej, zyskiem jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, które przekłada się ostatecznie na oszczędności w systemie ochrony zdrowia.

Wyniki pokazują, że inwestycje w interwencje zdrowotne dla młodzieży przynoszą znaczne korzyści zdrowotne i ekonomiczne (Jackson-Morris i in., 2024; Lee i in., 2023; Stelmach i in., 2022); . Średni zwrot z inwestycji (ROI) oszacowano na 23,6-krotność poniesionych kosztów, co oznacza, że na każdy zainwestowany 1 dolar, społeczeństwo otrzymuje 24 dolary w korzyściach zdrowotnych i gospodarczych w perspektywie 80 lat. Interwencje te obejmują terapię poznawczo-behawioralną (CBT), zarówno grupową, jak i indywidualną, oraz programy zapobiegania lękom i depresji prowadzone w szkołach. Szczególnie skuteczne okazały się interwencje skierowane na leczenie łagodnej depresji z wykorzystaniem terapii grupowej CBT, które przy relatywnie niskim koszcie (ok. 1,2 USD per DALY) generowały imponujący zwrot z inwestycji.

Warto podkreślić, że największe korzyści z inwestycji obserwowane są w krajach o niskim i średnim dochodzie, gdzie koszty implementacji są niższe. Zwraca uwagę potrzeba przyjęcia zintegrowanego podejścia przez rządy, które uwzględnia nie tylko sektor zdrowia, ale również edukację i inne obszary polityki publicznej.

Wyniki wskazują na to, że inwestycje te są nie tylko etycznie uzasadnione, ale również ekonomicznie korzystne, co powinno skłonić kraje członkowskie do zwiększenia wsparcia dla młodzieżowych wysokiej jakości programów zdrowia psychicznego, zwłaszcza w krajach o ograniczonych zasobach.

Według badań Flash Eurobarometer FL530 (2023) najważniejszym atrybutem wysokiej jakości opieki zdrowia psychicznego jest:

1. jednakowa dostępność dla wszystkich;
2. świadczenie usług przez wykwalifikowanych, dobrze wykształconych profesjonalistów;
3. małe kolejki, dostępne terminy i odpowiedni usługi w momencie kryzysu;
4. zorientowanie na pacjenta, uwzględniające jego specyficzne potrzeby i opcje.

Mniejszą wagę przypisywano takim cechom jak przystępność cenowa (23%), niezawodność i bezpieczeństwo usług (21%), poszanowanie praw człowieka, podstawowych wolności, godności oraz różnorodnych kultur i norm (21%), a także uwzględnienie systemu wsparcia pacjentów, takiego jak rodzina czy opiekunowie (18%). Warto zauważyć, że poszczególne kraje wykazują pewne różnice w priorytetyzacji tych aspektów ochrony zdrowia, np. w Finlandii aż 53% respondentów uznało dostępność terminów i usług za kluczowe, podczas gdy w Szwecji 49% ankietowanych podkreśliło znaczenie zorientowania na osobę i jej potrzeby.

Ogólnie rzecz biorąc dla mieszkańców UE dwa czynniki odgrywają szczególną rolę. Pierwszy z nich jest związany z organizacją systemu ochrony zdrowia gdzie **dostępność i powszechność** stają się kluczowymi jej aspektami dobrej organizacji usług. Drugim czynnikiem jest **profesjonalizacja i podejście pacjentocentryczne** w realizacji świadczeń zdrowotnych. Te dwa czynniki – inaczej nazywane – są obecne w oficjalnych dokumentach unijnych.

Najważniejsze rekomendacje zawarte w dokumencie „Konkluzje Rady w sprawie zdrowia psychicznego” Rady Unii Europejskiej sprowadzają się do kilku obszarów:

1. Priorytetyzacja zintegrowanych polityk. Państwa członkowskie powinny nadać priorytet zintegrowanym politykom i usługom w zakresie zdrowia psychicznego, opracowując plany działania mające na celu rozwiązanie najpilniejszych problemów, w tym uwzględnienie zdrowia psychicznego we wszystkich obszarach usług publicznych, tj. edukacja, zatrudnienie, cyfryzacja i ochrona środowiska.
2. Wzmacnianie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego. Promowanie zdrowia psychicznego i dobrostanu w różnych kontekstach życia, takich jak szkoły i miejsca pracy, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ochronnych, takich jak aktywność fizyczna, uczestnictwo w kulturze oraz edukacja w zakresie zdrowia psychicznego od najmłodszych lat.

3. Poprawa dostępności opieki. Państwa członkowskie powinny dążyć do poprawy dostępu do skutecznej, bezpiecznej i zintegrowanej opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego, z naciskiem na wczesną diagnozę oraz rozwój usług organizowanych w społeczności lokalnej, które wspierają powrót do zdrowia.

4. Redukcja nierówności. Zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego, szczególnie w odniesieniu do grup społeczno-ekonomicznych w trudnej sytuacji, a także promowanie równości i niedyskryminacji jako kluczowych elementów profilaktyki.

5. Koordynacja i współpraca międzysektorowa. Promowanie kompleksowego podejścia do zdrowia psychicznego poprzez współpracę wewnątrzsektorową (np. koordynacja leczenia rodzin, koordynacja przejścia z opieki w psychiatrii młodzieży do psychiatrii dorosłych; koordynacji między różnymi sektorami, w tym sektorem publicznym, organizacjami pozarządowymi oraz sektorem prywatnym. Współpraca międzynarodowa i wymiana najlepszych praktyk między państwami członkowskimi mają również kluczowe znaczenie dla osiągnięcia postępów. W tym celu niezbędna jest odpowiednia legislacja (przetwarzanie danych wrażliwych, EHDS) oraz rozwiązania techniczne wspierające pracę specjalistów w społecznościach lokalnych.

6. Walka ze stygmatyzacją i dyskryminacją. Opracowanie wytycznych dotyczących walki ze stygmatyzacją i dyskryminacją osób z problemami zdrowia psychicznego, w tym promowanie świadomości społecznej oraz działań wspierających integrację osób doświadczających problemów psychicznych.

7. Wzmacnianie personelu medycznego. Zwiększenie zasobów kadrowych w zakresie zdrowia psychicznego, w tym rozwój interdyscyplinarnej grupy zawodowej, a także promocja zdrowia psychicznego i odporności pracowników sektora zdrowia.

8. Wczesne wykrywanie i opieka nad dziećmi. Promowanie zdrowia psychicznego w placówkach edukacyjnych poprzez rozwijanie kompetencji społeczno-emocjonalnych, wczesne wykrywanie problemów oraz zapewnienie dostępu do specjalistycznych usług dla dzieci i młodzieży.

Z kolei Komunikat Komisji Europejskiej o kompleksowym podejściu do zdrowia psychicznego (Komisja Europejska, 2023) wskazuje, że problemy zdrowia psychicznego dotyczą ponad 84 miliony obywateli UE, co stanowi ogromne wyzwanie społeczne i ekonomiczne. Aby sprostać tym wyzwaniom, zaleca się trzy główne kierunki działania:

1. dostęp do odpowiedniej i skutecznej profilaktyki. Kluczową rolę w poprawie zdrowia psychicznego ma profilaktyka. Kraje UE powinny inwestować w programy profilaktyczne, mające udowodnioną efektywność, w szkołach, miejscach pracy oraz w społecznościach lokalnych. W przypadku dzieci i młodzieży kluczowe stają się zweryfikowane naukowo programy rozwijające prawidłową więź między rodzicami i dziećmi.

Rozwiązania systemowe powinny promować wczesne wykrywanie problemów zdrowia psychicznego, szczególnie w odniesieniu do depresji, samobójstw oraz innych poważnych zaburzeń.

2. dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowia psychicznego. Krajowe systemy zdrowotne powinny zagwarantować równy dostęp do opieki zdrowia psychicznego dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich statusu społecznego czy miejsca zamieszkania. W ramach tej rekomendacji kraje UE powinny rozważyć zwiększenie finansowania sektora zdrowia psychicznego, w tym szkolenia specjalistów, tworzenie lokalnych centrów wsparcia oraz zapewnienie długoterminowej opieki osobom z chronicznymi problemami psychicznymi.

3. reintegracja społeczna. Krajowe systemy opieki powinny kłaść nacisk na programy wspierające reintegrację społeczną osób, które przeszły leczenie psychiatryczne. Powinno to obejmować wsparcie w powrocie do pracy, udział w życiu społecznym oraz przeciwdziałanie dyskryminacji osób z problemami psychicznymi.

Strategia UE na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami (Komisja Europejska, 2021; 2023a) podkreśla, że osoby z niepełnosprawnościami często doświadczają problemów psychicznych, które mogą wynikać z izolacji społecznej, braku dostępu do odpowiednich usług oraz dyskryminacji. Strategia ta promuje równość i pełne uczestnictwo osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym oraz proponuje poprawę dostępu do usług zdrowia psychicznego tj.:

1. zwiększenie dostępności usług zdrowia psychicznego. Kraje członkowskie powinny zagwarantować, że osoby z niepełnosprawnościami mają pełny dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do usług psychologicznych. W tym celu ważne jest eliminowanie barier architektonicznych oraz barier komunikacyjnych;

2. wsparcie psychologiczne dla opiekunów. Wiele osób z niepełnosprawnościami polega na opiece rodzinnej. W związku z tym kraje UE powinny inwestować w programy wsparcia dla opiekunów, które mogą obejmować szkolenia, wsparcie psychologiczne oraz programy opieki zastępczej, umożliwiające opiekunom chwilową przerwę w obowiązkach;

2. wprowadzenie programów wsparcia psychologicznego dla osób z niepełnosprawnościami, z uwzględnieniem ich specyficznych potrzeb;

4. zwiększenie dostępności usług zdrowia psychicznego w placówkach opieki dla osób starszych i niepełnosprawnych;

5. promowanie włączenia społecznego osób z niepełnosprawnościami poprzez dostosowanie miejsc pracy oraz wsparcie w powrocie do aktywności zawodowej.

Wszystkie dokumenty zwracają uwagę na potrzebę wprowadzenia **(1) profilaktycznych programów zdrowia psychicznego**. Profilaktyka jest kluczowa, ponieważ umożliwia wczesne wykrywanie problemów oraz redukcję długoterminowych kosztów leczenia. W szczególności podkreślają działania edukacyjne w szkołach i miejscach pracy, mające na celu budowanie odporności psychicznej, promowanie zdrowego stylu życia.

Jednym z filarów profilaktyki jest wczesna interwencja. W dokumentach instytucji unijnych z lat 2021–2023 regularnie pojawia się potrzeba identyfikacji problemów zdrowia psychicznego na wczesnym etapie życia, aby zmniejszyć ich negatywne skutki w przyszłości. Wdrażanie programów wczesnej interwencji obejmuje zarówno usługi psychologiczne w szkołach, jak i działania prewencyjne, które mają na celu wsparcie emocjonalne młodzieży.

Kolejną rekomendacją jest **(2) zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń** z obszaru zdrowia psychicznego. Wielokrotnie w rekomendacjach i strategicznych dokumentach podkreśla się włącznie do usług publicznych wyłącznie metod sprawdzonych naukowo. Jest wiele badań nad różnymi interwencjami, metodami i terapiami, np.:

- Barnes a i zespołu (2024) nad efektywnością interwencji dla dzieci 5–12 lat;
- Sheridana i in (2019) nad interwencjami familiocentrycznym stosowanych wg określonego protokołu w placówkach oświatowych;
- WHO nad mhGAP jako procedura opracowana przez WHO m.in. dot. współpracy pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a centrami zdrowia psychicznego;
- Sandersa i in. (2000) nad protokołem *The Triple P-Positive Parenting Program* jako interwencja kierowaną do rodziców. Wyniki wykazały, że wszystkie trzy formy interwencji były skuteczne, wersja tj. rozszerzona przyniosła, standardowa i do samodzielnego stosowania przez rodziców;
- Browna i in. (2017), Xie (2024), Newmana i in. (2014) i innych nad efektywnością terapii poznawczo-behawioralnej, EMDR oraz KIDNET w redukcji objawów PTSD u dzieci i młodzieży.

Są możliwe do wdrożenia w usługach publicznych, niewymagające złożonych kompetencji zawodowych.

Komisja Europejska (2023) w kompleksowym podejściu oraz w programie EU4Health (2021–2027), podkreśla się potrzebę równego dostępu do tych usług, szczególnie dla dzieci, młodzieży oraz grup wrażliwych. Kraje członkowskie Unii Europejskiej powinny zagwarantować, że każdy obywatel, niezależnie od miejsca zamieszkania, ma dostęp do wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego.

Wszelkie dokumenty kładą szczególny nacisk na wsparcie dla dzieci i młodzieży. Programy edukacyjne, które mają na celu promowanie zdrowia psychicznego, są obecnie wdrażane w szkołach w całej UE. Specjalistyczne usługi psychologiczne skierowane do dzieci i młodzieży, zarówno w kontekście edukacji, jak i ochrony zdrowia, są niezbędne, aby przeciwdziałać rosnącej liczbie przypadków depresji, lęków oraz innych zaburzeń psychicznych wśród niepełnoletnich.

W dokumentach z lat 2021-2023 podkreślono również znaczenie (3) **interdyscyplinarnego podejścia do zdrowia psychicznego**, które łączy różne sektory, takie jak zdrowie, edukacja, opieka społeczna, mieszkalnictwo i rynek pracy. Tego rodzaju podejście umożliwia kompleksową opiekę i wsparcie dla osób z problemami psychicznymi. Promowanie współpracy międzysektorowej oraz angażowanie różnych specjalistów jest kluczowym elementem poprawy jakości usług zdrowotnych i społecznych.

Spis rysunków

Rysunek 1. Struktura trzypoziomowego wsparcia dzieci i młodzieży w Polsce	07
Rysunek 2. Populacja dzieci do lat 7, które doświadczają zaburzeń psychicznych	14
Rysunek 3. Liczba prób samobójczych zakończonych zgonem wśród dzieci i młodzieży w wieku 15-19 lat na 100.000 mieszkańców	17
Rysunek 4. Odsetek młodzieży w wieku 15-24 lata, które sprawozdała choć jedną konsultację z psychologiem lub psychoterapeutą w 2019 roku	19 26
Rysunek 5. Liczba dorosłych hospitalizowana z powodu zaburzeń psychicznych w 2021 roku na 100.000 mieszkańców	27
Rysunek 6. Najważniejsze czynniki wpływające na kondycję psychofizyczną wg mieszkańców krajów członkowskich, 2023	29
Rysunek 7. Średni procent zaopiekowanej populacji do 21 r.ż. w 2023 i 2024 roku	

Spis tabel

Tabela 1. Inicjatywy w obszarze zdrowia psychicznego dzieci podejmowane przez kraje lub grupy krajów członkowskich	04
Tabela 2. Liczba mieszkańców oraz zmiana populacji poniżej 18 r.ż. w krajach członkowskich	09
Tabela 3. Szacowana liczba populacji poniżej 18 r.ż. w 2023 roku, która może potrzebować wsparcia w ramach usług publicznych w krajach UE	12
Tabela 4. Rankingi YLD i DALY dla zaburzeń psychicznych u mężczyzn i kobiet według grup wiekowych w 2019 roku	13
Tabela 5. Szacowana liczba populacji poniżej 7 r.ż. w 2023 roku, która może potrzebować wsparcia w ramach usług publicznych w krajach UE	16
Tabela 6. Wskaźnik leczenia szpitalnego psychiatrycznego na 100.000 mieszkańców wśród dzieci i młodzieży poniżej 19 r.ż.	21
Tabela 7. Średnia długość hospitalizacji dzieci i młodzieży z powodu zaburzeń psychicznych w krajach UE w roku 2021	23
Tabela 8. Niezaspokojone potrzeby w zakresie konkretnych usług związanych z opieką zdrowotną w grupie wiekowej 15-24 r.ż. w 2019 roku	30
Tabela 9. Konsultacja z profesjonalistami w zakresie opieki zdrowia psychicznego lub opieki rehabilitacyjnej w 2019 r.	31
Tabela 10. Liczba konsyliów i sesji koordynacji na I poziomie referencyjnym w stosunku do liczby pacjentów w 2023 i 2024 roku	34

Bibliografia

1. Alaie, I., Svedberg, P., Ropponen, A., & Narusyte, J. (2023). Associations of internalizing and externalizing problems in childhood and adolescence with adult labor market marginalization. *JAMA Network Open*, 6(6), e2317905. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.17905>
2. Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
3. Balt, E., Mérelle, S., Robinson, J., Popma, A., Creemers, D., Van Den Brand, I., ... Gilissen, R. (2023). Social media use of adolescents who died by suicide: lessons from a psychological autopsy study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), Article 5. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00597-9>
4. Bannink, R., Broeren, S., Looij-Jansen, P., Waart, F., Raat, H. (2014). Cyber and traditional bullying victimization as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *Plos One*, 9(4), e94026. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094026>
5. Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-based mental health*, 25(1), 36–44. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277>
6. Barthorpe, A., Winstone, L., Mars, B., Moran, P. (2020). Is social media screen time really associated with poor adolescent mental health? A time use diary study. *Journal of Affective Disorders*, 274, 864–870. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.106>
7. Barry, M., Clarke, A., Jenkins, R., Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 835. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
8. Best, P., Manktelow, R., Taylor, B. (2014). Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review. *Children and Youth Services Review*, 41, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.001>
9. Beyens, I., Pouwels, J., Driel, I., Keijsers, L., Valkenburg, P. (2020). The effect of social media on well-being differs from adolescent to adolescent. *Scientific Reports*, 10(1), Article 67727. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-67727-7>
10. Bowman, S., McKinstry, C., Howie, L., & McGorry, P. D. (2020). Expanding the search for emerging mental ill health to safeguard student potential and vocational success in high school: A narrative review. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(6), 655–668. <https://doi.org/10.1111/eip.12928>
11. Breslau, J., Lane, M., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2008). Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *Journal of Psychiatric Research*, 42(9), 708–716. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.01.016>
12. Brown, F. L., Lee, C., Servili, C., Willhoite, A., Van Ommeren, M., Hijazi, Z., Kieselbach, B., Skeen, S. (2024). Psychological interventions for children with emotional and behavioral difficulties aged 5–12 years: An evidence review. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 11, e75, 1–20. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.57>
13. Cantwell R. (2021). Mental disorder in pregnancy and the early postpartum. *Anaesthesia*, 76 Suppl 4, 76–83. <https://doi.org/10.1111/anae.15424>
14. Carneiro, A., Dias, P., Soares, I. (2016). Risk factors for internalizing and externalizing problems in the preschool years: Systematic literature review based on the Child Behavior Checklist 1½–5. *Journal of Child and Family Studies*, 25(10), 2941–2953. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0456-z>

15. Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Promoting mental health and well-being in schools. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/mental-health-action-guide/index.html>
16. Centers for Disease Control and Prevention. (2024a). Promoting mental health and well-being in schools. https://www.cdc.gov/healthyyouth/mental-health-action-guide/index.html?s_cid=hy-2023
17. Chaabane, S., Doraiswamy, S., Chaabna, K., Mamtani, R., Cheema, S. (2021). The impact of covid-19 school closure on child and adolescent health: a rapid systematic review. *Children*, 8(5), 415. <https://doi.org/10.3390/children8050415>
18. Chiarotti, F., Venerosi, A. (2020). Epidemiology of autism spectrum disorders: A review of worldwide prevalence estimates since 2014. *Brain Sciences*, 10(5), 274. <https://doi.org/10.3390/brainsci10050274>
19. Children's Commissioner for England. (2024). Children's mental health services 2022–23. <https://www.childrenscommissioner.gov.uk/resource/childrens-mental-health-services-2022-23/>
20. Cingel, D. (2024). The covid-19 pandemic, adolescent media use, and mental health: Comparing relationships among adolescents from South Korea and the United States. *Communication Research*, 51(6), 660–690. <https://doi.org/10.1177/00936502241245870>
21. Cingel, D., Lauricella, A., Taylor, L., Stevens, H., Coyne, S., Wartella, E. (2022). U.S. adolescents' attitudes toward school, social connection, media use, and mental health during the covid-19 pandemic: Differences as a function of gender identity and school context. *Plos One*, 17(10), e0276737. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276737>
22. Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: Is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>
23. Cook, C., Williams, K., Guerra, N., Kim, T., Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: a meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25(2), 65–83. <https://doi.org/10.1037/a0020149>
24. Corr, L., Davis, E., LaMontagne, A. D., Waters, E., & Steele, E. (2014). Childcare providers' mental health: A systematic review of its prevalence, determinants and relationship to care quality. *International Journal of Mental Health Promotion*, 16(4), 231–263.
25. Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., Schnohr, C. (2023). A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/373201>
26. Cottini, E., & Lucifora, C. (2013). Mental health and working conditions in Europe. *ILR Review*, 66(4), 958–988. <https://doi.org/10.1177/001979391306600409>
27. Currie, J., & Stabile, M. (2007). Mental health in childhood and human capital. *National Bureau of Economic Research*. <https://doi.org/10.3386/w13217>
28. Ćwiklicki, M. (2011). Wprowadzenie do koncepcji wartości publicznej. W: Mazur, S. (2011) (red.). Reformowanie polskiej administracji publicznej – wybrane aspekty zagadnienia, 9–19. Kraków: Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej
29. Daulay, W., Nasution, M. L., Purba, J. M. (2023, March). Analysis of Biopsychosocial Influence on Adolescent Emotional Problems Using Structural Equation Model. In 5th International Conference on Neuroscience, Neurology and Psychiatry (ICONAP 2022) (pp. 174–183). Atlantis Press.
30. Dagleish, T., Black, M., Johnston, D., Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>

31. Dalsgaard, S., Thorsteinsson, E., Trabjerg, B. B., Schullehner, J., Plana-Ripoll, O., Brikell, I., Wimberley, T., Thygesen, M., Madsen, K. B., Timmerman, A., Schendel, D., McGrath, J. J., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B. (2020). Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA psychiatry*, 77(2), 155–164. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523>
32. Daulay, W., Nasution, M., Purba, J. (2023). Analysis of biopsychosocial influence on adolescent emotional problems using structural equation model. In *Proceedings of the 7th International Conference on Social and Political Sciences (ICOSAPS 2023)*, 174–183. https://doi.org/10.2991/978-94-6463-120-3_27
33. de Groot, S., Veldman, K., Amick, B. C., Oldehinkel, A. J., Arends, I., & Bültmann, U. (2021). Does the timing and duration of mental health problems during childhood and adolescence matter for labour market participation of young adults? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 75(9), 896–902. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-215994>
34. de Vries, T. R., Arends, I., Oldehinkel, A. J., & Bültmann, U. (2023). Associations between type of childhood adversities and labour market participation and employment conditions in young adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 77(4), 230–237. <https://doi.org/10.1136/jech-2022-219574>
35. Department of Health. (2015). *Connecting for Life: Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015–2020*. Dublin: Department of Health.
36. Department of Health. (2020). *Sharing the Vision: A Mental Health Policy for Everyone*. Dublin: Department of Health.
37. Díaz-Caneja, C., Martín-Babarro, J., Abregú-Crespo, R., Huete-Diego, M., Giménez-Dasí, M., Serrano-Marugán, I., ... Arango, C. (2021). Efficacy of a web-enabled, school-based, preventative intervention to reduce bullying and improve mental health in children and adolescents: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Frontiers in Pediatrics*, 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.628984>
38. Dolotina, B., Turban, J. (2022). Phantom Networks Prevent Children And Adolescents From Obtaining The Mental Health Care They Need: Study examines network adequacy for children and adolescents who need to obtain mental health care. *Health Affairs*, 41(7), 1026–1028. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00588>
39. Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., Yang, X., ... Zhu, G. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>
40. van Eeden, A. E., van Hoeken, D., Hendriksen, J. M. T., Hoek, H. W. (2023). Increase in incidence of anorexia nervosa among 10- to 14-year-old girls: A nationwide study in the Netherlands over four decades. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(12), 2295–2303. <https://doi.org/10.1002/eat.24064>
41. Egan, M., Daly, M., & Delaney, L. (2014). Childhood psychological distress and youth unemployment: Evidence from two British cohort studies. *Social Science & Medicine*, 124, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.023>
42. Eurofound, Ahrendt, D., Consolini, M., Mascherini, M., Sandor, E. (2022). *Fifth round of the living, working and COVID-19 e-survey: living in a new era of uncertainty*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2806/190361>
43. Evensen, M., Lyngstad, T. H., Melkevik, O., Reneflot, A., & Mykletun, A. (2016). Adolescent mental health and earnings inequalities in adulthood: Evidence from the Young-HUNT Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 71(2), 201–206. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206939>
44. Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S., Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 377–387. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70312-8)

45. Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the coronavirus 2019 (covid-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
46. Ferguson, C., Kaye, L., Branley-Bell, D., Markey, P., Ivory, J., Klisanin, D., ... Wilson, J. (2022). Like this meta-analysis: Screen media and mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(2), 205-214. <https://doi.org/10.1037/pro0000426>
47. Feringa, A. (2018). Mental health in the workplace—Leading global health risk. SPE International Conference and Exhibition on Health, Safety, Security, Environment, and Social Responsibility. <https://doi.org/10.2118/192949-ms>
48. Fitzsimons, E., Goodman, A., Kelly, E., Smith, J. (2017). Poverty dynamics and parental mental health: Determinants of childhood mental health in the UK. *Social Science Medicine*, 175, 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.040>
49. Flash Eurobarometer FL530 (2023). European Commission, Directorate-General for Communication. http://data.europa.eu/88u/dataset/s3032_fl530_eng
50. Fleming, T. M., Clark, T., Denny, S., Bullen, P., Crengle, S., Peiris-John, R., ... Lucassen, M. (2014). Stability and change in the mental health of New Zealand secondary school students 2007–2012: results from the national adolescent health surveys. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 472-480. <https://doi.org/10.1177/0004867413514489>
51. Fletcher, J. M. (2012). Adolescent depression and adult labor market outcomes. *Southern Economic Journal*, 80(1), 26-49. <https://doi.org/10.4284/0038-4038-2011.193>
52. Flores, M., & Wolfe, B. (2022). Childhood health conditions and lifetime labor market outcomes. *American Journal of Health Economics*, 8(4), 506-533. <https://doi.org/10.1086/721573>
53. Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., ... Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos One*, 15(4), e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
54. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
55. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. (2023). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 402(10398), 1782-1834. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)
56. Gini, G. and Pozzoli, T. (2013). Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*, 132(4), 720-729. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0614>
57. Golberstein, E., Wen, H., Miller, B. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents. *Jama Pediatrics*, 174(9), 819. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1456>
58. Halim, M., Ibrahim, M., Adib, N., Hashim, H., Omar, R. (2023). Exploring hazard of social media use on adolescent mental health. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2961547/v1>
59. Hakulinen, C., Elovainio, M., Arffman, M., Lumme, S., Pirkola, S., Keskimäki, I., Manderbacka, K., & Böckerman, P. (2019). Mental disorders and long-term labour market outcomes: Nationwide cohort study of 2055720 individuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(4), 371-381. <https://doi.org/10.1111/acps.13067>
60. Hjetland, G., Schønning, V., Hella, R., Veseth, M., Skogen, J. (2021). How do Norwegian adolescents experience the role of social media in relation to mental health and well-being: A qualitative study. *BMC Psychology*, 9(1), Article 82. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00582-x>

61. Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gómez, A., Rosa, A. R., Fortea, L., Radua, J., Amann, B. L., Moreno-Alcázar, A. (2023). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 273(2), 397–410. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>
62. Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... Bullmore, E. T. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
63. Jackson-Morris, A., Meyer, C. L., Morgan, A., Stelmach, R., Jamison, L., & Currie, C. (2024). An investment case analysis for the prevention and treatment of adolescent mental disorders and suicide in England. *European Journal of Public Health*, 34(1), 107–113. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad193>
64. Jansen, D., Brenner, M., Illy, K., Dembiński, Ł., del Torso, S., Grossman, Z., Valiulis, A., De Guchteneere, A., Mazur, A., Da Dalt, L., Størdal, K., Koletzko, B., Hadjipanayis, A. (2023). Leave no one behind: Why WHO's regional office for Europe should prioritise children and adolescents in their program of work. *Frontiers in Pediatrics*, 11, 1184870. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1184870>
65. Jia, L., & Vu, K. (2023). Effects of adolescent mental health conditions on costs and future employment status. *Journal of Student Research*, 12(2). <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v12i2.4207>
66. Karim, F., Oyewande, A., Abdalla, L., Ehsanullah, R., Khan, S. (2020). Social media use and its connection to mental health: A systematic review. *Cureus*, 12(6), e8627. <https://doi.org/10.7759/cureus.8627>
67. Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S. H., Brunoni, A. R., Cost, K. T., Courtney, D., Georgiades, K., Merikangas, K., Henderson, J., Polanczyk, G. V., Rohde, L. A., Salum, G. A., & Szatmari, P. (2024). Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 81(4), 347–357. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5051>
68. Keleş, B., McCrae, N., Grealish, A. (2019). A systematic review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79–93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
69. Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C., Sacker, A. (2018). Social media use and adolescent mental health: Findings from the UK Millennium Cohort Study. *EClinicalMedicine*, 6, 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.12.005>
70. Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S. H., Brunoni, A. R., ... Szatmari, P. (2024). Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: evidence from the global burden of disease study. *JAMA psychiatry*, 81(4), 347–356. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5051>
71. Komisja Europejska. (2021). Communication on the Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2021%3A101%3AFIN>
72. Komisja Europejska. (2023a). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52023DC0298>
Komisja Europejska. (2023, June 7). Europejska Unia Zdrowotna: nowe, kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego. Komunikat prasowy. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pl/ip_23_3050
73. Köhler-Dauner, F., Buchheim, A., Hildebrand, K., Mayer, I., Clemens, V., Ziegenhain, U., ... Fegert, J. (2021). Maternal attachment representation, the risk of increased depressive symptoms and the influence on children's mental health during the SARS-COV-2-pandemic. *Journal of Child and Family Studies*, 31(2), 392–408. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02162-4>
74. Kyu, H., Pinho, C., Wagner, J., Brown, J., Bertozzi-Villa, A., Charlson, F., ... Vos, T. (2016). Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013. *Jama Pediatrics*, 170(3), 267. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.4276>
75. Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 312–317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>

76. Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child Adolescent Health*, 4(6), 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
77. Lee, F. S., Heimer, H., Giedd, J. N., Lein, E. S., Šestan, N., Weinberger, D. R., & Casey, B. J. (2014). Adolescent mental health—Opportunity and obligation. *Science*, 346(6209), 547–549. <https://doi.org/10.1126/science.1260497>
78. Lee, Y. Y., Skeen, S., Melendez-Torres, G. J., Laurenzi, C. A., van Ommeren, M., Fleischmann, A., Servili, C., Mihalopoulos, C., Chisholm, D. (2023). School-based socio-emotional learning programs to prevent depression, anxiety and suicide among adolescents: A global cost-effectiveness analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, e46. <https://doi.org/10.1017/S204579602300029X>
79. Lelek, A., Adamczyk-Banach, M. (2021). Parent involvement in anxiety disorder therapy in children and adolescents. *Psychoterapia*, 195(4), 9–22. <https://doi.org/10.12740/pt/130638>
80. Liu, M., Kamper-DeMarco, K., Zhang, J., Jia, X., Dong, D., Xue, P. (2022). Time spent on social media and risk of depression in adolescents: A dose-response meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5164. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095164>
81. Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
82. Ma, L., Mazidi, M., Ke, L., Li, Y., Chen, S., Kirwan, R., ..., Wang, Y. (2021). Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293, 78–89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.021>
83. McDougall, P., Vaillancourt, T. (2015). Long-term adult outcomes of peer victimization in childhood and adolescence: pathways to adjustment and maladjustment. *American Psychologist*, 70(4), 300–310. <https://doi.org/10.1037/a0039174>
84. McGorry, P. D., & Mei, C. (2018). Early intervention in youth mental health: Progress and future directions. *Evidence-Based Mental Health*, 21(4), 182–184. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300060>
85. McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L., Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189–205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
86. McKay, M. T., Kilmartin, L., Meagher, A., Cannon, M., Healy, C., Clarke, M. C. (2022). A revised and extended systematic review and meta-analysis of the relationship between childhood adversity and adult psychiatric disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 268–283. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.015>
87. Mackenzie, K., Williams, C. (2018). Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: What is being done in the UK and does it work? A systematic review. *BMJ Open*, 8(9), e022560. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022560>
88. Michalek, I. M., Koczkodaj, P., Michalek, M., Dai, J. (2024). Unveiling the silent crisis: global burden of suicide-related deaths among children aged 10–14 years. *World Journal of Pediatrics*, 20, 371–391. <https://doi.org/10.1007/s12519-023-00781-z>
89. Morgan, C., Gayer-Anderson, C., Beards, S., Hubbard, K., Mondelli, V., Di Forti, M., Murray, R. M., Pariante, C., Dazzan, P., Craig, T. J., Reininghaus, U., Fisher, H. L. (2020). Threat, hostility and violence in childhood and later psychotic disorder: population-based case-control study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 217(4), 575–582. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.133>
90. Moore, S., Norman, R., Suetani, S., Thomas, H., Sly, P., Scott, J. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 60. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
91. Moskalewicz, J., Wciórka, J. (red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: Raport z badań "Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań-EZOP II"*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

92. National Center for Children in Poverty. (2023). Are the children well? A model and recommendations for promoting the mental wellness of the nation's young people. <https://library.net/document/zgljvo6q-children-model-recommendations-promoting-mental-wellness-nation-people.html>
93. Norwich, B., Moore, D., Stentiford, L., Hall, D. (2022). A critical consideration of 'mental health and wellbeing' in education: thinking about school aims in terms of wellbeing. *British Educational Research Journal*, 48(4), 803-820. <https://doi.org/10.1002/berj.3795>
94. Odgers, C., Jensen, M. (2020). Annual research review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 336-348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13190>
95. O'Reilly, M., Levine, D., Donoso, V., Voice, L., Hughes, J., Dogra, N. (2022). Exploring the potentially positive interaction between social media and mental health: The perspectives of adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(2), 668-682. <https://doi.org/10.1177/13591045221106573>
96. OECD/European Union. (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
97. OECD/European Union. (2022). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
98. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela. https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles/country-health-profiles-2021_en
99. OECD. (2022). Education at a Glance 2022: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/3197152b-en>
100. Patalay, P., Gondek, D., Moltrecht, B., Giese, L., Curtin, C., Stanković, M., ... Savka, N. (2017). Mental health provision in schools: approaches and interventions in 10 European countries. *Cambridge Prisms Global Mental Health*, 4. <https://doi.org/10.1017/gmh.2017.6>
101. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., ... & Herrman, H. (2023). Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. *The Lancet*, 402(10402), 656-666. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00918-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00918-2)
102. Perry-Jenkins, M., Laws, H. B., Sayer, A., Newkirk, K. (2020). Parents' work and children's development: A longitudinal investigation of working-class families. *Journal of family psychology*, 34(3), 257-268. <https://doi.org/10.1037/fam0000580>
103. Peyton, D., Goods, M., Hiscock, H. (2022). The effect of digital health interventions on parents' mental health literacy and help seeking for their child's mental health problem: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e28771. <https://doi.org/10.2196/28771>
104. Plass-Christl, A., Klasen, F., Otto, C., Barkmann, C., Hölling, H., Klein, T., Wiegand-Grefe, S., Schulte-Markwort, M., Ravens-Sieberer, U. (2017). Mental health care use in children of parents with mental health problems: Results of the BELLA study. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(6), 983-992. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0721-4>
105. Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A., Rohde, L. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
106. Pratap, P., Dickson, A., Love, M., Zannoni, J., Donato, C., Flynn, M. A., & Schulte, P. A. (2021). Public health impacts of underemployment and unemployment in the United States: Exploring perceptions, gaps and opportunities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10021. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910021>
107. Racine, N., McArthur, B., Cooke, J., Eirich, R., Zhu, J., Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19. *Jama Pediatrics*, 175(11), 1142. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>

108. Rada Unii Europejskiej (2023, 9 października). Wpływ pracy precarnej na zdrowie psychiczne: Rada apeluje o środki zaradcze. <https://www.consilium.europa.eu/pl/press/press-releases/2023/10/09/council-calls-for-measures-to-address-impact-of-precarious-work-on-mental-health/>
109. Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 28–38. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114>
110. Read, H., Roush, S., & Downing, D. (2018). Early intervention in mental health for adolescents and young adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 7205190040p1–7205190040p8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033118>
111. Revet, A., Hebebrand, J., Anagnostopoulos, D., Kehoe, L. A., Gragl-Dietsch, G., Klauser, P. (2021). Perceived impact of the COVID-19 pandemic on child and adolescent psychiatric services after 1 year (February/March 2021): ESCAP CovCAP survey. *European Child Adolescent Psychiatry*, 32, 249–256. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01851-1>
112. Ribas, L. H., Montezano, B. B., Nieves, M., Kampmann, L. B., Jansen, K. (2024). The role of parental stress on emotional and behavioral problems in offspring: a systematic review with meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 100 (6), 565–585. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2024.02.003>
113. Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P–positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal Of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 624–640. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.624>
114. Sheridan, S., Smith, T., Kim, E., Beretvas, S., Park, S. (2019). A meta-analysis of family-school interventions and children’s social-emotional functioning: moderators and components of efficacy. *Review of Educational Research*, 89(2), 296–332. <https://doi.org/10.3102/0034654318825437>
115. Silén, Y., Sipilä, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., Keski-Rahkonen, A. (2020). DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 520–531. <https://doi.org/10.1002/eat.23236>
116. Silén, Y., Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 293, 113429. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
117. Skovgaard A. M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Danish medical bulletin*, 57(10), B4193.
118. Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., Staiger, P. K. (2023). Systematic review and meta-analysis: Group-based interventions for treating posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 62(11), 1217–1232. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.02.013>
119. Spoelma, M. J., Sicouri, G. L., Francis, D. A., Songco, A. D., Daniel, E. K., Hudson, J. L. (2023). Estimated Prevalence of Depressive Disorders in Children From 2004 to 2019: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, 177(10), 1017–1027. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.3221>
120. Spruit, A., Assink, M., Vugt, E., Put, C., Stams, G. (2016). The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 45, 56–71. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.006>
121. Stadler, C., Feifel, J., Rohrmann, S., Vermeiren, R., Poustka, F. (2010). Peer-victimization and mental health problems in adolescents: are parental and school support protective? *Child Psychiatry Human Development*, 41(4), 371–386. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0174-5>
122. Stelmach, R., Kocher, E. L., Kataria, I., Jackson-Morris, A. M., Saxena, S., Nugent, R. (2022). The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: A modelling study. *BMJ Global Health*, 7(e007759). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007759>

123. Tayfur, S. N., Prior, S., Roy, A. S., Fitzpatrick, L. I., & Forsyth, K. (2021). Adolescent psychosocial factors and participation in education and employment in young adulthood: A systematic review and meta-analyses. *Advances in Life Course Research*, 48, 100404. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2021.100404>
124. Twenge, J., Martin, G. (2020). Gender differences in associations between digital media use and psychological well-being: Evidence from three large datasets. *Journal of Adolescence*, 79(1), 91-102. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.018>
125. The Community Guide. (2023). What works fact sheet: Mental health. <https://www.thecommunityguide.org/resources/what-works-fact-sheet-mental-health.html>
126. UNICEF (2021). The state of the world's children. 2021 : on my mind – promoting, protecting and caring for children's mental health. UNICEF. New York. Dostępne: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>
127. Union, E., & OECD. (2022). Health at a glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b7-en>;
128. Vergunst, F., Commisso, M., Geoffroy, M.-C., Temcheff, C. E., Poirier, M., Park, J., Vitaro, F., Tremblay, R. E., Côté, S. M., & Orri, M. (2023). Association of childhood externalizing, internalizing, and comorbid symptoms with long-term economic and social outcomes. *JAMA Network Open*, 6(1), e2249568. <https://doi.org/10.1001/jama-networkopen.2022.49568>
129. Vanaken, G., Danckaerts, M. (2018). Impact of green space exposure on children's and adolescents' mental health: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2668. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122668>
130. Vasileva, M., Graf, R. K., Reinelt, T., Petermann, U., Petermann, F. (2020). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(11), 1188-1201. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13261>
131. Viner, R. M., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., ... Booy, R. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *The Lancet Child Adolescent Health*, 4(5), 397-404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)
132. Vuorre, M., Orben, A., Przybylski, A. (2021). There is no evidence that associations between adolescents' digital technology engagement and mental health problems have increased. *Clinical Psychological Science*, 9(5), 823-835. <https://doi.org/10.1177/2167702621994549>
133. Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395(10228), 945-947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
134. Wang, P. (2024). Universal, school-based transdiagnostic interventions to promote mental health and emotional wellbeing: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00735-x>
135. Weinstein, E. (2018). The social media see-saw: Positive and negative influences on adolescents' affective well-being. *New Media Society*, 20(10), 3597-3623. <https://doi.org/10.1177/1461444818755634>
136. Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., Verdeli, H., Skipper, M. A., Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024-1032. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>
137. Wahl, M. S., Adelson, J. L., Patak, M. A., Pössel, P., Hautzinger, M. (2014). Teachers or psychologists: who should facilitate depression prevention programs in schools?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(5), 5294-5316.
138. Whitsett, D., Sherman, M., Kotchick, B. (2018). Household food insecurity in early adolescence and risk of subsequent behavior problems: Does a connection persist over time? *Journal of Pediatric Psychology*, 44(4), 478-489. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy088>

139. Witt, K., Milner, A., Chastang, J.-F., LaMontagne, A. D., & Niedhammer, I. (2018). Employment and occupational outcomes following adolescent-onset mental illness: Analysis of a nationally representative French cohort. *Journal of Public Health, 41*(3), 618–628. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy160>
140. World Health Organization. (2024a). World Mental Health Day 2024. <https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day/2024>
141. World Health Organization, & UNICEF. (2024). WHO and UNICEF release guidance to improve access to mental health care for children and young people. <https://www.who.int/news/item/09-10-2024-who-and-unicef-launch-guidance-to-improve-access-to-mental-health-care-for-children-and-young-people>
142. Yang, W., Liang, X., Sit, C. (2022). Physical activity and mental health in children and adolescents with intellectual disabilities: A meta-analysis using the RE-AIM framework. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01312-1>
143. Zheng, S., Ngo, A., Forman, M., Barcellos, A., Liao, L., Ferrara, A., ... Zhu, Y. (2021). Associations of household food insufficiency with childhood depression and anxiety: A nationwide cross-sectional study in the USA. *BMJ Open, 11*(9), e054263. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054263>



PRACODAWCY RP